90027

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

TOME XXIX — 1903

29
1903

0 1 2 3 4 5 (cm)

PARIS — L. MARETHEUX, IMPRIMEUR
1, rue Cassette, 1

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS CHAQUE SEMAINE

(EXCEPTÉ PENDANT LES VACANCES DE LA SOCIÉTÉ)

par les soins des Secrétaires de la Société

M. PAUL SEGOND

Secrétaire général

ET

MM. G. FÉLIZET ET TUFFIER

Secrétaires annuels



TOME XXIX — 1903

90027

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1903



STATUTS

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

FONDÉE LE 23 AOUT 1843

ET RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE LE 29 AOUT 1859

TITRE PREMIER.

Constitution et but de la Société.

ARTICLE PREMIER

Il est formé à Paris une Société de chirurgie qui prend le nom de *Société de Chirurgie de Paris.*

ART. 2.

Elle a pour but l'étude et les progrès de la chirurgie; ses travaux comprennent tout ce qui peut concourir à cet objet.

TITRE II.

Composition de la Société.

ART. 3.

Sont fondateurs de la Société :

MM. AUG. BÉRARD, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine de Paris.

MM. G. MONOD, chirurgien de la Maison royale de santé, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

ALPH. ROBERT, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

MICHON, chirurgien de l'hôpital Cochin et du collège Louis-le-Grand, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

GUERSANT (fils), chirurgien de l'hôpital des Enfants.

VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

DANYAU, chirurgien-professeur adjoint de la Maison d'accouchement, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

LENOIR, chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

MALGAIGNE, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

P. HUGUIER, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

PH. RIGAUD, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, ex-chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

NÉLATON, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

DENONVILLIERS, chirurgien du Bureau central des hôpitau de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

MAISONNEUVE, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

CHASSAIGNAC, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

CULLERIER, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

MARJOLIN (fils), chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

ART. 4.

La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires, d'associés étrangers, de correspondants nationaux et de correspondants étrangers.

ART. 5.

Le nombre des titulaires est fixé à 35; celui des associés étrangers à 20; celui des correspondants nationaux à 125, et celui des correspondants étrangers à 70. Le nombre des membres honoraires est illimité.

ART. 6.

Les membres titulaires et honoraires ont seuls voix délibérative; ils peuvent seuls faire partie des commissions et prendre part aux élections. Les titulaires, seuls, peuvent faire partie du bureau.

ART. 7.

Les conditions de toute candidature pour les places de titulaires et de correspondants nationaux sont : 1° d'être *docteur en médecine* ou *en chirurgie*; 2° d'avoir présenté à la Société un travail inédit; 3° d'avoir adressé à la Société une demande écrite spéciale.

ART. 8.

Seront nommés membres honoraires : 1° les titulaires qui, après au moins dix ans de titulariat, en feront la demande et obtiendront le consentement de la Société; 2° les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris en exercice depuis plus de douze ans, qui en feront la demande écrite et qui obtiendront au scrutin secret la majorité des suffrages; 3° en outre, la Société se réserve le droit de nommer directement aux places de membres honoraires des chirurgiens éminents qui n'auraient pas fait acte de candidature. Mais ces dernières nominations ne pourront avoir lieu que sur une demande écrite signée de dix membres titulaires et sur l'avis favorable d'une commission chargée de faire à la Société un rapport sur cette demande.

ART. 9.

Les associés et correspondants étrangers sont choisis par la Société, sur la présentation et sur le rapport d'une commission spéciale, parmi les chirurgiens célèbres par leurs travaux, leur pratique ou leurs écrits, et parmi ceux qui ont envoyé un travail manuscrit ou imprimé.

ART. 10.

Toutes les élections se font au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents. Les élections des titulaires et des honoraires n'ont lieu que lorsque les deux tiers des membres titulaires prennent part au scrutin. Pour les autres élections, il suffit de la moitié plus un des membres titulaires.

Quand il doit être procédé à une élection, les membres titulaires et honoraires sont avertis par une convocation spéciale.

TITRE III.

Administration de la Société.

ART. 11.

Le bureau est ainsi composé :

Un président.
Un vice-président.
Un secrétaire général.
Deux secrétaires annuels.
Un bibliothécaire-archiviste.
Un trésorier.

ART. 12.

Le président, élu pour un an, n'est rééligible qu'après une année d'intervalle. Le secrétaire général, nommé pour une période de cinq ans, n'est pas rééligible à la fin de cette période, mais il peut être réélu plus tard. Les autres membres du bureau sont nommés pour un an et rééligibles.

ART. 13.

Le bureau représente la Société vis-à-vis des tiers.

ART. 14.

Le président remplit les fonctions d'ordonnateur : il signe les mandats de dépense, de concert avec le secrétaire général.

ART. 15.

Le trésorier rend chaque année un compte détaillé de sa gestion.

ART. 16.

Les délibérations relatives à des aliénations, acquisitions ou échanges d'immeubles et à l'acceptation de dons ou legs sont subordonnées à l'autorisation du gouvernement. Elles ne peuvent être prises qu'après une convocation spéciale, et à la majorité des deux tiers des membres titulaires et honoraires présents.

TITRE IV.

Ressources de la Société.

ART. 17.

Les ressources de la Société se composent :

1° Du revenu des biens et valeurs de toute nature appartenant à la Société ;

2° Du droit d'admission pour les titulaires et correspondants nationaux ; ce droit est fixé à 20 francs;

3° De la cotisation mensuelle payée par les membres titulaires et honoraires; le montant en est fixé chaque année par la Société;

4° De la cotisation annuelle payée par les membres correspondants nationaux;

5° Des amendes encourues suivant qu'il sera statué par le règlement;

6° Du produit des publications;

7° Des dons et legs qu'elle est autorisée à recueillir;

8° Des subventions qui peuvent lui être accordées par l'Etat.

ART. 18.

Les fonds libres sont placés en rente sur l'État.

TITRE V.

Des Séances et de la publication des travaux.

ART. 19.

La Société se réunit en séance toutes les semaines; les séances sont publiques. La Société suspend ses séances du premier août au premier mercredi d'octobre. La Société peut se former en comité secret.

ART. 20.

Il y a tous les ans une séance solennelle publique.

L'ordre du jour de la séance se compose :

1° D'un rapport fait par le président sur la situation morale et financière de la Société;

2° Du compte rendu par le secrétaire général ou l'un des secrétaires, délégué par le président, des travaux de la Société pendant le courant de l'année;

3° De l'éloge des membres décédés;

4° Du rapport sur les mémoires et les thèses envoyés pour les prix, s'il y a lieu.

ART. 21.

Le procès-verbal de la séance, le rapport du président et le compte rendu du secrétaire sont adressés à M. le ministre de l'instruction publique.

ART. 22.

La Société publie chaque année un volume de ses travaux.

TITRE VI.

Dispositions générales.

ART. 23.

La Société s'interdit toute discussion étrangère au but de son institution.

ART. 24.

Un règlement particulier, soumis à l'approbation du ministre de l'instruction publique, détermine les conditions d'administration intérieure, et, en général, toutes les dispositions de détail propres à assurer l'exécution des statuts.

ART. 25.

Nul changement ne peut être apporté aux statuts qu'avec l'approbation du gouvernement.

ART. 26.

En cas de dissolution, il sera statué par la Société convoquée extraordinairement sur l'emploi et la destination ultérieure des biens-fonds, livres, etc., appartenant à la Société. Dans cette circonstance, la Société devra toujours respecter les clauses stipulées par les donateurs en prévision du cas de dissolution.

RÈGLEMENT

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

TITRE PREMIER.

Attributions du bureau.

ARTICLE PREMIER.

Le président règle l'ordre d'inscription des personnes qui ont des communications à faire à la Société ; il appelle les sujets à traiter conformément à l'ordre du jour; il dirige les discussions, met aux voix les propositions, recueille les suffrages et proclame les décisions de la Société. Il nomme, de concert avec les autres membres du bureau, les commissions chargées des rapports ou des travaux scientifiques ; il veille à la régularité des listes de présence et les arrête à heure fixe, ainsi qu'il sera dit à l'article 10; enfin, il assure le maintien de l'ordre.

ART. 2.

Le président, en cas d'absence, est remplacé par le vice-président.

ART. 3.

Le secrétaire général a pour fonctions de préparer l'ordre du jour de chaque séance, de faire le dépouillement préalable des pièces de la correspondance manuscrite ou imprimée, de les mettre en ordre et d'en présenter une analyse sommaire; de rédiger et de signer les délibérations, les lettres écrites au nom de la Société, ainsi que tous les actes émanant d'elle; d'enregistrer toutes les pièces, de composer des notices ou des éloges et de faire enfin le

compte rendu annuel des travaux de la Société. Ce dernier travail pourra être fait par l'un des secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit en l'article 20 des statuts.

Le secrétaire général, en cas d'absence ou de maladie, peut être remplacé provisoirement par l'un des secrétaires annuels.

Les secrétaires annuels sont chargés de rédiger les procès-verbaux des séances, d'en faire la lecture et d'en surveiller l'impression, de concert avec le secrétaire général.

ART. 4.

Toutes les pièces adressées à la Société sont datées et paraphées par le secrétaire général, le jour même de leur réception. La présentation et la lecture de ces pièces sont constatées de la même manière.

ART. 5.

Le bibliothécaire est aussi le conservateur des archives; les livres, gravures, instruments, et tous les objets offerts à la Société ou acquis par elle, sont également mis sous sa garde. Il dresse tous les ans un catalogue et un inventaire des objets de tout genre qui lui ont été remis pendant l'année écoulée.

ART. 6.

Le trésorier a la charge de toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société ; il signe, de concert avec le président et le secrétaire général, les bordereaux de dépense; il reçoit le prix des diplômes, les cotisations et le montant des amendes. Il est dépositaire des feuilles de présence et d'émargement; il solde les bordereaux de dépenses, en tient note exacte et rend un compte détaillé à la fin de l'année, à une commission spéciale, ainsi qu'il est dit à l'article 44.

TITRE II.

Des séances.

ART. 7.

Les séances de la Société ont lieu tous les mercredis, de trois heures et demie à six heures, au siège de la Société rue de Seine, n° 12.

ART. 8.

Lorsqu'un membre correspondant ou un associé étranger assiste à la séance, le président en informe la Société, et mention en est faite au procès-verbal.

ART. 9.

Un registre spécial est ouvert sur le bureau, durant toute la séance, pour recevoir indistinctement les signatures de tous les membres présents. Les titulaires sont tenus, en outre, de signer en temps utile la feuille de présence et la feuille d'émargement.

ART. 10.

Tout membre titulaire qui n'aura pas signé la liste de présence avant quatre heures, et la liste d'émargement après quatre heures et demie, sera passible d'une amende de cinq francs. Il n'est admis d'excuse à cet égard que lorsqu'un membre a obtenu un congé pour des motifs reconnus légitimes.

ART. 11.

Les demandes de congés sont examinées par une commission de trois membres, nommée au scrutin et renouvelée tous les ans, qui, appréciant la validité des demandes, accorde ou refuse les congés. Ses décisions sont absolues.

ART. 12.

Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

1° Lecture et adoption du procès-verbal;

2° Correspondance;

3° Lecture des rapports;

4° Lecture des travaux originaux;

5° Présentations de malades, de pièces anatomiques et d'instruments.

Néanmoins, la Société peut, sur la proposition du bureau et selon le besoin, intervertir cet ordre de travaux.

ART. 13.

La Société entend la lecture des mémoires et des rapports, d'après leur ordre d'inscription et en donnant la préséance à ses membres. Cependant elle peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur à des personnes étrangères. Tout travail manuscrit adressé pour être lu en séance le sera à son tour d'inscription, après avoir été soumis à l'approbation du bureau. Cependant la Société peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur.

ART. 14.

Une lecture ne peut être interrompue, suspendue et renvoyée à une commission que d'après l'avis du bureau ; en cas de réclamation, la Société, consultée, prononce une décision.

Art. 15.

Tout travail manuscrit communiqué par des personnes étrangères à la Société est déposé sur le bureau, et ne peut, dans aucun cas, être repris par l'auteur. Après le rapport fait, le travail et le rapport sont classés aux archives, et alors seulement l'auteur peut faire prendre copie de son ouvrage. Une exception est faite à cet égard pour les planches et dessins, qui resteront la propriété de l'auteur.

Art. 16.

Tout travail inédit présenté par des personnes étrangères à la Société sera l'objet d'un rapport soit verbal, soit écrit, selon son importance, et ainsi que le bureau en décidera. Cependant, si trois membres réclament contre la décision du bureau, la Société pourra la modifier. Si l'auteur publie son mémoire avant la lecture du rapport, ce rapport ne pourra avoir lieu devant la Société.

Art. 17.

Les commissions chargées de rapports écrits sont composées ordinairement de trois membres, et exceptionnellement de cinq. Les rapports verbaux sont confiés à un seul rapporteur.

Art. 18.

Le commissaire nommé le premier reçoit les pièces à examiner et en accuse réception sur un registre spécial. C'est lui qui est chargé de convoquer la commission, et celle-ci choisit elle-même son rapporteur.

Art. 19.

Tout rapport verbal devra être fait dans le mois qui suivra la remise des pièces au rapporteur; tout rapport écrit, dans un délai de deux mois. Toutefois, la Société pourra proroger ce délai si la nature du travail l'exige. Les commissaires en retard seront, au bout de trois mois, avertis publiquement en séance par le président, et celui-ci, après deux avertissements, aura le droit de nommer une autre commission.

Art. 20.

Si l'ordre des travaux de la Société ne permet pas d'entendre les rapports dans les délais précités, le rapporteur justifiera de l'accomplissement de ses devoirs, savoir : pour les rapports verbaux, par son inscription sur le registre du président; pour les rapports écrits, par le dépôt du rapport sur le bureau.

Art. 21.

Tout rapport est discuté avant d'être mis aux voix. La parole est en conséquence accordée à tous les membres qui la réclament, chacun à son tour et suivant l'ordre d'inscription dressé par le président. Si toutefois une discussion s'animait assez pour que des orateurs déclarassent s'inscrire *pour* ou *contre*, la parole serait accordée alternativement à un orateur *pour* et à un orateur *contre*.

Art. 22.

Par exception à l'article précédent, la parole doit être accordée à tout orateur qui la demande, durant le cours de la discussion, pour rétablir la question, pour réclamer la clôture ou l'ordre du jour, et enfin pour un fait personnel.

Art. 23.

Le même membre ne peut obtenir plus de trois fois la parole dans une discussion, à moins d'une décision de la Société.

Art. 24

Le rapporteur a le droit de prendre la parole le dernier.

Art. 25.

Le président rappelle à l'ordre quiconque dépasserait les limites de la discussion scientifique, et il rappelle à la question tout orateur qui s'éloignerait de l'objet de la discussion.

Art. 26.

La discussion, une fois ouverte, ne peut être fermée que de deux manières : ou bien parce qu'aucun membre ne demande plus la parole, ou bien parce que la Société, consultée, prononce la clôture ou l'ordre du jour.

Art. 27.

En conséquence, le président ne peut, de sa propre autorité, interrompre ou terminer une discussion, proposer la clôture ou l'ordre du jour, et, pour consulter la Société à cet égard, il faut que la clôture ou l'ordre du jour proposé par un membre soit appuyé par deux autres membres au moins. Toutefois, dans le cas où l'ordre ne pourrait être rétabli, le président, après avoir consulté les autres membres du bureau, a le droit de lever la séance.

ART. 28.

Après la discussion d'un rapport, les conclusions seules sont mises aux voix ; s'il y a des amendements appuyés, ils ont la priorité. Si cependant la proposition nouvelle entraînait le rejet des conclusions du rapport, celles-ci seraient mises aux voix les premières

ART. 29.

Les personnes étrangères à la Société ne peuvent assister à la lecture et à la discussion des rapports faits sur leurs ouvrages. Le secrétaire général est chargé de leur adresser la copie certifiée des conclusions adoptées.

ART. 30.

Les communications faites par les membres de la Société ne sont pas soumises à un rapport, et la discussion peut s'ouvrir immédiatement après. Néanmoins, sur la demande de trois membres, la Société peut passer à l'ordre du jour et renvoyer la discussion à la séance suivante.

ART. 31.

Après la clôture des discussions ouvertes sur les travaux des membres de la Société, on passe à l'ordre du jour si nulle proposition n'est faite. Tout membre titulaire ou honoraire a le droit de réclamer l'envoi du travail discuté au comité de publication ; si cette proposition est appuyée au moins par deux autres membres, elle est immédiatement mise aux voix.

ART. 32.

La Société n'autorise aucuns frais de dessin ou de moulage d'une pièce pathologique sans que la description écrite de celle-ci et l'observation qui s'y rattache aient été préalablement déposées sur le bureau.

TITRE III

Comité secret.

ART. 33.

Les comités secrets ont lieu le jour des séances de la Société, à quatre heures et demie. Toute lecture, toute discussion doit immédiatement cesser à l'heure indiquée.

Art. 34.

Le comité secret est annoncé en séance par le président huit jours à l'avance. Les membres absents sont avertis par lettre dans le courant de la semaine. Exceptionnellement, et seulement pour cause majeure et urgente, le président, sur l'avis du bureau, peut décider que le comité secret aura lieu le jour même.

Art. 35.

Chaque membre titulaire ou honoraire a le droit de provoquer un comité secret. A cet effet, il dépose sur le bureau une demande écrite et motivée, signée de lui et de deux autres membres. Le président, après avoir pris connaissance de cette proposition et consulté le bureau, accorde ou refuse le comité secret. Toutefois, les demandes rejetées par le président peuvent toujours être soumises à la Société, qui prononce souverainement.

Art. 36.

Dans les comités secrets, convoqués suivant les formalités indiquées dans les deux articles précédents, les membres présents pourront voter, quel que soit leur nombre; il suffira, pour la validité du vote, que la majorité des assistants y ait pris part, excepté dans les cas prévus par les articles 66, 73 et 74 du règlement.

TITRE IV.

Recettes et dépenses.

Art. 37.

Le droit d'admission dans la Société est fixé à 20 francs pour les membres titulaires, honoraires et correspondants nationaux. Le diplôme des associés et des correspondants étrangers est gratuit.

Art. 38.

Les membres titulaires et honoraires sont soumis à la même cotisation mensuelle, fixée comme il est dit en l'article 17 des statuts. Les membres honoraires nommés avant le 1er janvier 1862 sont exempts de cette cotisation.

Art. 39.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 sont soumis à une cotisation annuelle de 25 francs, qui est perçue à leur domicile, aux frais de la Société, à la fin de chaque année. Néanmoins, tout membre correspondant national

qui en fera la demande pourra être exempté de sa cotisation annuelle, moyennant une somme de 500 francs, qui sera versée par lui, en deux annuités de 250 francs chacune ou en une seule fois, entre les mains du trésorier de la Société, pour être jointe aux fonds disponibles de la Société et être placée en rentes sur l'État.

Art. 40.

Le trésorier fait recouvrer les amendes sans retard et porte en compte les frais de ces recouvrements.

Art. 41.

Tout membre qui, trois mois après la mise en demeure faite par le trésorier, n'aura pas versé le montant de sa cotisation et des amendes qu'il aura encourues, recevra successivement deux avertissements officiels, signés par le président et par les autres membres du bureau. Si ces avertissements sont sans effet, il sera déclaré démissionnaire et perdra ses droits à sa part de propriété des objets appartenant à la Société.

Art. 42.

Le trésorier conserve les listes de présence comme pièces de comptabilité; il tient, en outre, un registre exact de toutes les amendes encourues pour toutes les causes spécifiées dans le présent règlement.

Art. 43.

Les recettes provenant de la vente des publications de la Société seront encaissées par le trésorier aux échéances convenues avec les libraires chargés de la vente, et le placement en sera fait le plus tôt possible.

Art. 44.

Les frais de bureau et d'administration sont réglés par le bureau et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

Art. 45.

Les frais de publication sont réglés par le Comité de publication et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

Art. 46.

Le trésorier présente ses comptes dans l'avant-dernière séance de décembre. Une commission composée de cinq membres est nommée par le sort, séance tenante, et doit faire un rapport détaillé sur ces comptes dans la séance suivante. La Société vote ensuite sur ce rapport; après quoi, s'il y a lieu, le président donne

au trésorier décharge de sa gestion sur ses registres mêmes. Tout retard dans la présentation de comptes ou du rapport fera encourir au trésorier ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

ART. 47.

Immédiatement après le renouvellement du bureau, une commission composée de trois membres est désignée par le sort pour examiner le catalogue des pièces anatomiques, dessins, instruments, etc., confiés au bibliothécaire-archiviste. Cette commission fait son rapport dans la séance suivante. Le président donne au bibliothécaire décharge de sa gestion sur le catalogue même. Tout retard dans la présentation du catalogue ou du rapport fera encourir au bibliothécaire ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

TITRE V.

Droits des membres honoraires et correspondants nationaux.

ART. 48.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 reçoivent gratuitement toutes les publications de la Société.

ART. 49.

Les membres honoraires nommés à partir du 1er janvier 1863 jouissent des mêmes droits que les titulaires, excepté du droit de faire partie du bureau. Ils sont exempts des amendes. Ils peuvent faire partie des commissions, mais ils n'y sont pas obligés.

ART. 50.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862, qui assistent à une séance ou à un comité secret, ont voix consultative dans les délibérations.

ART. 51.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés avant le 1er janvier 1862 sont admis, sur leur demande, à jouir des droits énoncés dans les trois articles précédents, à la condition de se conformer aux prescriptions des articles 38 et 39.

TITRE VI.

Publications.

ART. 52.

Le comité de publication se compose du secrétaire général et des deux secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit à l'article 3.

ART. 53.

Les travaux imprimés de droit sont les mémoires et rapports dus aux membres titulaires, honoraires et correspondants de la Société. Par exception, et sur délibération expresse ratifiée par un vote rendu en séance publique, l'Assemblée pourra faire retrancher d'un mémoire ou rapport dû à un membre titulaire, honoraire ou correspondant certaines parties qui sembleraient n'avoir pas un caractère exclusivement scientifique.

L'Assemblée peut, sur la proposition du rapporteur, décider l'impression intégrale d'un mémoire adressé par une personne étrangère à la Société.

ART. 54.

Les manuscrits doivent être remis séance tenante au secrétaire annuel en fonctions. Celui-ci devra remettre, le lendemain de la séance, avant 10 heures du matin, à l'éditeur de la Société, les mémoires, rapports et procès-verbaux de discussion, classés et prêts pour l'impression, ainsi qu'il est dit aux articles 3 et 12.

ART. 55.

Ces *Bulletins et mémoires* sont publiés par fascicules hebdomadaires, paraissant avant la séance suivante. Le dernier fascicule contient la table analytique des matières et auteurs, dressée par les soins du secrétaire annuel en fonctions.

ART. 56.

Les auteurs des travaux publiés pourront faire faire à leurs frais un tirage à part à cent exemplaires. Ce chiffre ne pourra être dépassé sans l'autorisation du bureau.

TITRE VII.

Élections.

Élections du bureau.

ART. 57.

Les élections du président, du vice-président, du secrétaire général, des secrétaires annuels, du bibliothécaire-archiviste et

des membres du Comité de publication ont lieu dans l'avant-dernière séance de décembre. Le nouveau bureau entre en fonctions dans la troisième séance de janvier.

Élections des titulaires.

ART. 58.

Les places de titulaires sont déclarées vacantes par une délibération spéciale. Il ne peut être déclaré plus d'une place vacante à la fois.

ART. 59.

Un mois après la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue des membres présents, une Commission de trois membres chargée de faire un rapport d'ensemble sur les titres des candidats et de dresser une liste de présentation. Ce rapport devra être fait trois semaines après que le secrétaire général aura remis à la Commission les pièces justificatives.

ART. 60.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée sur le classement proposé, le rapport est renvoyé à la Commission pour supplément d'information. Si le désaccord persiste à la séance suivante, il est voté sur chaque candidat, si 10 membres en font la demande écrite, et l'Assemblée établit définitivement la liste de présentation. Le vote pour la nomination a lieu publiquement dans la séance suivante; il n'a lieu que si les deux tiers des membres titulaires assistent à la séance.

Élections des correspondants.

ART. 61.

Le secrétaire général est chargé : 1° de dresser le tableau des membres correspondants nationaux et étrangers; 2° de dresser les deux listes des candidats aux places de membres correspondants; 3° de conserver toutes les indications et toutes les pièces relatives à chaque candidat.

ART. 62.

La Société est appelée à élire des membres correspondants, soit nationaux, soit étrangers, toutes les fois que le bureau, d'après l'examen du cadre des membres correspondants, et d'après

l'examen des listes de candidats, déclare la vacance d'un certain nombre de places.

ART. 63.

Le nombre des places déclarées vacantes pour chaque élection ne peut dépasser le tiers du nombre des candidats.

ART. 64.

Dans la séance qui suit la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue, une Commission de quatre membres chargée de présenter un rapport sur les candidatures et de dresser une liste de candidats par ordre de mérite. Le secrétaire général est adjoint de droit à cette Commission. Le rapport devra être fait dans le délai d'un mois.

ART. 65.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, il sera procédé comme il est dit à l'article 60. L'élection a lieu publiquement dans la séance suivante, à la majorité absolue et au scrutin de liste lorsque plusieurs places sont déclarées vacantes à la fois. Elle n'a lieu que lorsque la moitié plus un des membres titulaires assistent à la séance.

TITRE VIII.

Radiations.

ART. 66.

En cas d'indignité, résultant d'une faute grave de droit commun ou professionnelle, une Commission spéciale, réunie par le bureau, pourra proposer la radiation d'un membre titulaire, associé ou correspondant.

Cette Commission sera composée, outre les membres du bureau, de cinq membres titulaires et honoraires élus au scrutin de liste, en comité secret, par les membres titulaires et honoraires convoqués spécialement à cet effet.

Quinze jours après le dépôt du rapport de la Commission, la Société, prévenue par convocation spéciale, vote au scrutin secret sur la proposition de la Commission.

L'intéressé a le droit de présenter ses explications, soit verbalement, soit par écrit, tant à la Commission que devant la Société.

La présence de la moitié plus un des membres titulaires de la Société est nécessaire pour la validité de la délibération. La radia-

tion ne peut être prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

En cas d'insuffisance du nombre des votants, le scrutin sera recommencé à la séance suivante, après une nouvelle convocation, sans que cette fois il soit nécessaire de réunir un nombre de votants déterminé.

Dans ce cas encore, la radiation ne sera prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

TITRE IX.

Concours et prix.

Art. 67.

La Société décerne tous les ans les prix résultant des dons particuliers qui lui ont été faits. Elle se conforme aux intentions des donateurs.

Art. 68.

Les membres titulaires et honoraires sont exclus de ces concours.

Art. 69.

Lorsque l'anonymat est exigé, les mémoires doivent porter une épigraphe apparente; le nom et l'adresse de l'auteur sont dans une enveloppe soigneusement cachetée, sur laquelle est répétée l'épigraphe.

Art. 70.

Les mémoires sont renvoyés, pour chaque prix proposé, à une Commission de trois membres, élus en séance publique et au scrutin de liste.

Art. 71.

Cette Commission fait son rapport en comité secret et soumet son jugement à la ratification de la Société. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, une nouvelle Commission sera nommée.

TITRE X.

Seances annuelles.

Art. 72.

La séance annuelle a lieu le troisième mercredi de janvier. Le Bureau de l'année révolue est chargé de préparer l'ordre du jour de cette séance, suivant les prescriptions de l'article 20 des statuts.

TITRE XI.

Revision du règlement.

ART. 73.

Toute proposition tendant à modifier le règlement devra être signée au moins par trois membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen d'une Commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité relative. Le rapport de cette Commission sera lu et discuté en comité secret dans la séance suivante. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion, et la proposition ne sera adoptée que si, la moitié au moins des membres titulaires étant présents, elle réunit les deux tiers des voix des membres titulaires et honoraires présents. Ce vote ne sera valable que si ous les membres titulaires et honoraires ont été personnellement convoqués.

ART. 74.

Toute proposition tendant à modifier les statuts devra être signée de dix membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et soumise à l'examen d'une Commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité absolue. Le rapport de la Commission sera lu et discuté en comité secret. Le vote aura ieu immédiatement après la clôture de la discussion. Tous les membres titulaires ou honoraires devront être invités personnellement à assister à ce comité secret, et la présence des titulaires y era obligatoire. Si la modification proposée réunit les deux tiers des voix des membres présents, le bureau sera chargé de soumettre le nouvel article à l'approbation du gouvernement, conformément à l'article 25 des statuts.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie dispose de cinq prix : le prix DUVAL, le prix LABORIE, le prix GERDY, le prix DEMARQUAY et le prix RICORD; *les deux premiers sont annuels, les trois derniers sont biennaux.*

Le prix DUVAL a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir : les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1896 jusqu'au 1er novembre de l'année 1897 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1897. Par la bienveillance de M. le Dr MARJOLIN, membre fondateur de la Société, le montant du prix Duval est porté de 100 à 300 francs à partir de 1886; le prix ne pourra être partagé.

Le prix Édouard LABORIE a été fondé par Mme veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris en 1868 les décisions suivantes : « Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Le sujet à traiter par les concurrents est indiqué par la Société et donné deux années à l'avance. Les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Demarquay a été fondé en 1875, par Jean-Nicolas Demarquay, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 700 francs.

Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance; les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Ricord a été fondé, en 1889, par Philippe Ricord, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 5,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 300 francs.

Il est décerné à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Les manuscrits pourront être signés. A cette différence près, les règles du concours sont celles du prix Laborie.

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1903

Président . . . . MM.	KIRMISSON.
Vice-Président	PEYROT.
Secrétaire général	PAUL SEGOND.
Secrétaires annuels	FELIZET DELORME et TUFFIER.
Trésorier	WALTHER.
Archiviste	A. BROCA.

MEMBRES HONORAIRES

10 février 1897 . .	MM. ANGER (Théophile), titulaire de.	1876
3 mai 1899 . . .	BERGER, titulaire de.	1878
26 juillet 1893 . .	CHAUVEL, titulaire de	1882
19 octobre 1887. .	CRUVEILHIER, titulaire de.	1868
14 décembre 1898.	DELENS, titulaire de.	1877
5 mai 1886. . . .	DUPLAY, titulaire de.	1868
28 mars 1886. . .	GUÉNIOT, titulaire de.	1868
22 novembre 1882.	GUYON (Félix), titulaire de.	1863
3 mars 1886. . .	L. LABBÉ, titulaire de	1865
23 janvier 1889. .	LANNELONGUE, titulaire de	1872
19 mai 1897 . . .	L. CHAMPIONNIÈRE	1875
17 février 1892 . .	LE DENTU, titulaire de.	1873
4 mai 1898. . . .	MONOD, titulaire de	1880
9 juillet 1879. . .	PAULET, titulaire de.	1868
13 mars 1895. . .	PERIER, titulaire de	1875
7 février 1900 . .	POZZI (S.), titulaire de.	1881
19 février 1902 . .	RECLUS (Paul), titulaire de.	1883
26 février 1901 . .	RICHELOT, titulaire de.	1882
27 octobre 1886. .	MARC SÉE, titulaire de.	1868
28 novembre 1894.	TERRIER, titulaire de.	1874
12 novembre 1890.	TILLAUX, titulaire de.	1866

MEMBRES TITULAIRES

26 juillet 1899 . .	MM.	ALBARRAN.
12 juin 1890. . . .		BAZY.
20 décembre 1899.		BEURNIER.
12 mars 1884. . .		BOUILLY.
18 décembre 1895.		BROCA (Aug.).
29 mai 1889 . . .		BRUN.
13 décembre 1893.		CHAPUT.
21 juin 1898 . . .		DELBET.
9 mars 1892. . .		DELORME.
9 mai 1900 . . .		DEMOULIN.
26 avril 1891 . . .		FÉLIZET.
16 février 1898. .		GUINARD.
10 mars 1897. . .		HARTMANN.
10 juin 1896 . . .		HENNEQUIN.
12 décembre 1888.		JALAGUIER.
30 décembre 1885.		KIRMISSON.
21 mai 1901 . . .		LEGUEU.
22 juillet 1896. . .		LEJARS.
4 décembre 1889.		MARCHANT (Gérard).
10 mai 1893. . . .		MICHAUX.
29 juillet 1887. . .		NÉLATON.
9 juin 1886 . . .		PEYROT.
14 décembre 1892.		PICQUÉ.
27 mars 1895. . .		POIRIER.
10 mai 1887 . . .		QUÉNU.
16 juin 1897 . . .		POTHERAT.
15 février 1899 . .		ROCHARD.
4 janvier 1888. .		REYNIER (P.).
18 juillet 1894. . .		RICARD.
11 juillet 1888. . .		ROUTIER.
1er décembre 1886.		SCHWARTZ.
7 mai 1902 . . .		SEBILEAU.
9 février 1887 . .		PAUL SEGOND.
22 juin 1892. . . .		TUFFIER.
22 avril 1896 . . .		WALTHER.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX

MM. Auffret, marine.
Baizeau, armée.
Baudon, à Nice.
Badal, professeur à la Faculté de Bordeaux
Barette, à Caen.
Bœckel (Jules), à Strasbourg.
Boissarie, à Sarlat.
Boursier, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Bousquet, professeur à l'École de Clermont.
Braquehaye, à Bordeaux.
Brault, à Alger.
Brousse, armée.
Broussin, à Versailles.
Bruch, professeur à l'École d'Alger.
Buffet, à Elbeuf.
Cahier, armée.
Carlier, à Lille.
Cauchois, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Rouen.
Cerné, professeur de clinique à l'École de Rouen.
Chalot, professeur à la Faculté de Toulouse.
Chavannas, agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Chavasse, armée.
Chevassu, armée.
Chénieux, professeur à l'École de Limoges.
Choux, armée.
Chupin, armée.
Claudot, armée.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
Combalat, professeur à l'École de Marseille.
Couteaud, médecin de la marine.
Dardignac, armée.
Dauvé, armée.
Dayot, professeur suppléant à l'École de médecine de Rennes.
Defontaine, au Creusot.
Delacour, directeur de l'École de Rennes.

MM. Delagenière, au Mans.
Delagenière (Paul), professeur à l'École de médecine de Tours.
Delanglade, professeur à l'École de Médecine de Marseille, chirurgien des Hôpitaux.
Delore, ex-chirurgien-major de la Charité, à Lyon.
Demons, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Demmler, armée.
Denucé, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Dieu, armée.
Dubar, professeur à la Faculté de Lille.
Dubourg, à Bordeaux.
Dudon, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Duret, professeur à la Faculté libre de Lille.
Ehrmann, à Mulhouse.
Étienne, à Toulouse.
Ferraton, armée.
Février, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
Folet, professeur à la Faculté de Lille.
Fontan, professeur à l'École de Toulon.
Forgue, professeur à la Faculté de Montpellier.
Gaujot, armée.
Gayet, professeur à la Faculté de Lyon.
Gellé, chirurgien de l'hôpital de Provins.
Gripat, professeur à l'École d'Angers.
Gross, professeur à la Faculté de Nancy.
Guelliot, chirurgien des hôpitaux de Reims.
Guermonprez, professeur à la Faculté libre de Lille.
Guillet, professeur à l'École de Caen.
Hache, professeur à la Faculté de Beyrouth.
Herrgott, professeur à la Faculté de Nancy.
Heurtaux, professeur à l'École de Nantes.
Houzel, à Boulogne-sur-Mer.
Hue (Jude), à Rouen.
Hue (François), professeur suppléant à l'École de Rouen.
Imbert, agrégé à la Faculté de Montpellier.
Jouon, professeur à l'École de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Lanelongue, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Larger, à Maisons-Laffite.
Latouche, à Autun.
Le Clerc, à Saint-Lô.
Lemaître, à Limoges.
Linon, armée.
Loison, armée.
Malapert, à Poitiers.
Malherbe fils, professeur à l'École de Nantes.
Martin (A.), professeur à l'École de médecine de Rouen.

MM. Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Ménard, chirurgien de l'hôpital de Berck.
Mignon, armée.
Monod (Eugène), chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Monprofit, professeur suppléant à l'École d'Angers.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, au Mans.
Moty, médecin principal de l'armée.
Mouchet, à Sens.
Nepveu, professeur à l'École de Marseille.
Nimier, armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ovion, à Boulogne-sur-Mer.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Pauchet, à Amiens.
Pauzat, armée.
Pugniez, professeur à l'École d'Amiens.
Phocas, professeur agrégé à la Faculté de Lille.
Piéchaud, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Poisson, professeur suppléant à l'École de Nantes.
Poncet (A.), professeur à la Faculté de Lyon.
Pousson, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Queirel, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
Reboul, à Nîmes.
Robert, armée.
Rohmer, professeur à la Faculté de Nancy.
Roux (Gabriel), professeur suppléant à l'École de Marseille.
Sieur, armée.
Sirus-Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Schmidt, armée.
Silbert, à Aix.
Tachard, armée.
Tédenat, professeur à la Faculté de Montpellier.
Témoin, à Bourges.
Toubert, armée.
Turgis, à Falaise.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).
Villar, à Bordeaux.
Villeneuve, chirurgien des hôpitaux, à Marseille.
Vincent, professeur à l'École d'Alger.
Weiss, professeur à la Faculté de Nancy.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

2 février 1898. .	MM.	Annandale, Édimbourg.
11 août 1875 . . .		Bowmann, Londres.
4 janvier 1888. .		Bryant (Th.), Londres.
11 janvier 1893. .		Cheever, Boston.
29 janvier 1902. .		Czerny, Heidelberg.
17 janvier 1900. .		Esmarch, Kiel.
4 janvier 1888. .		Holmes (Th.), Londres.
2 février 1898 . .		Julliard, Genève.
16 janvier 1901. .		Keen, Philadelphie.
janvier 1880. .		Lister, Londres.
10 janvier 1877. .		Longmore, Netley-Southampton.
16 janvier 1901. .		Mac Burney, New-York.
17 janvier 1900. .		Mac Ewen, Glascow.
16 janvier 1901. .		Maydl, Vienne.
20 janvier 1886. .		Reverdin (J.), Genève.
13 janvier 1892. .		Rossander (C.), Stockholm.
21 janvier 1885. .		Sklifossowsky, Moscou.
13 janvier 1892. .		Slawianski (K. de), Saint-Pétersbourg.
12 janvier 1887. .		Thompson, Londres.
20 janvier 1886. .		Tilanus, Amsterdam.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

---

22 janvier 1896. . MM. BAYER, Prague.
7 janvier 1903. . BERG, Stockholm.
3 janvier 1892. . BLOCH (O.), Copenhague.
2 février 1898 . . BOBROFF, Moscou.
17 septembre 1851. BORELLI, Turin.
16 janvier 1901. . BRADFORD, Baltimore.
2 février 1898 . . BRUNS, Tübingen.
29 janvier 1902. . BULL (William G.), New-York.
4 janvier 1888. . CECCHERELLI (A.), Parme.
4 janvier 1889 . . CHIENE, Édimbourg.
10 janvier 1894. . DEMOSTHEN (A.), Bucharest.
16 janvier 1895 . . DURANTE (Fr.), Rome.
29 janvier 1902. . VON EISELSBERG, Vienne.
7 janvier 1903. . GALLET, Bruxelles.
9 janvier 1879. . GALLI, Lucques.
13 janvier 1864. . GHERINI, Milan.
2 février 1898 . . GIRARD, Berne.
9 janvier 1879 . . GRITTI, Milan.
3 janvier 1865 . . GURLT (E.). Berlin.
7 janvier 1903. . HERESCO, Bucharest.
16 janvier 1895. . HORSLEY, Londres.
2 janvier 1865. . HUMPHRY (G.-M.), Cambridge.
31 décembre 1862. HUTCHINSON (J.), Londres.
21 janvier 1891 . . JAMIESON (Alex.), Shanghaï.
17 janvier 1900 . . JONESCO, Bucharest.
29 janvier 1902. . KELLY (Howard A.), Baltimore.
13 janvier 1892. . KOCHER, Berne.
13 janvier 1892 . . KOUZMINE, Moscou.
21 janvier 1891. . KUMMER, Genève.
20 janvier 1897. . LARDY, Constantinople.
7 janvier 1903. . LENNANDER, Upsal.

2 février 1898. .	MM.	Levchine, Russie.
16 janvier 1884. .		Lucas (Clément), Londres.
11 janvier 1893. .		Martin (Édouard), Genève
17 janvier 1900. .		Matlakowsky, Varsovie.
17 janvier 1900. .		Mayo-Robson, Leeds.
22 janvier 1896. .		Mikulicz, Breslau.
21 janvier 1891. .		De Mooy, La Haye.
3 janvier 1883. .		Mosetig-Moorhof, Vienne.
22 janvier 1896. .		Murphy, Chicago.
20 janvier 1897. .		Novaro, Bologne.
8 janvier 1868. .		Pemberton, Birmingham.
15 janvier 1890. .		Pereira-Guimaraès, Rio-Janeiro.
21 janvier 1885. .		Plum, Copenhague.
22 janvier 1896. .		Ratimoff, Saint-Pétersbourg.
12 janvier 1887. .		Reverdin (A.), Genève.
6 juillet 1859. .		Ried, Iéna.
21 janvier 1891. .		Romniceanu, Bucarest.
7 janvier 1880. .		Rose (Edm.), Berlin.
25 janvier 1890. .		Roux, Lausanne.
17 janvier 1900. .		Rydygier, Lemberg.
7 janvier 1880. .		Saboia, Rio-Janeiro.
31 décembre 1862.		Sangalli, Pavie.
21 janvier 1885. .		Saltzmann, Helsingfors.
11 janvier 1893. .		Saxtorph, Copenhague.
20 mars 1867. . .		Simon (John), Londres.
16 janvier 1901. .		Sneguireff, Moscou.
16 janvier 1895. .		Sonnenburg, Berlin.
17 janvier 1900. .		Souchon, Nouvelle-Orléans.
21 janvier 1885. .		Stimson (Lewis A.), New-York.
21 janvier 1885. .		Studsgaard, Copenhague.
31 décembre 1862.		Sperino (Casimir), Turin.
31 décembre 1862.		Testa, Naples.
20 janvier 1886. .		Thiriar, Bruxelles.
10 janvier 1894. .		Thornton, Londres.
11 janvier 1893. .		Vlaccos, Mytilène.
11 janvier 1893. .		Wier, New-York.
13 janvier 1892. .		Ziembicki, Lemberg (Galicie).

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

1844. MM. A. Bérard.
1845. Michon.
1846. Monod père.
1847. Lenoir.
1848. Robert.
1849. Cullerier.
1850. Deguise père.
1851. Danyau.
1852. Larrey.
1853. Guersant.
1854. Denonvilliers.
1855. Huguier.
1856. Gosselin.
1857. Chassaignac.
1858. Bouvier.
1859. Deguise fils.
1860. Marjolin.
1861. Laborie.
1862. Morel-Lavallée.
1863. Depaul.
1864. Richet.
1865. Broca.
1866. Giraldès.
1867. Follin.
1868. Legouest.
1869. Verneuil.
1870. A. Guérin.
1871. Blot.
1872. Dolbeau.
1873. Trélat.
1874. MM. Maurice Perrin.
1875. Le Fort.
1876. Houel.
1877. Panas.
1878. Félix Guyon.
1879. S. Tarnier.
1880. Tillaux.
1881. de Saint-Germain.
1882. Léon Labbé.
1883. Guéniot.
1884. Marc Sée.
1885. S. Duplay.
1886. Horteloup.
1887. Lannelongue.
1888. Polaillon.
1889. Le Dentu.
1890. Nicaise.
1891. Terrier.
1892. Chauvel.
1893. Ch. Perier.
1894. L.-Championnière.
1895. Th. Anger.
1896. Ch. Monod.
1897. Delens.
1898. Berger.
1899. Pozzi.
1900. Richelot.
1901. Paul Reclus.
1902. G. Bouilly.
1903. Kirmisson.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René Duval et René Marjolin, fondateurs d'un prix annuel de 300 fr.

Édouard Laborie, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc Gerdy, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles Huguier, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, et Mme Huguier, sa veuve, donatrice d'une somme de 10,000 francs, destinées à favoriser les publications scientifiques de la Société.

Demarquay, fondateur d'un prix biennal de 700 francs.

Ricord, fondateur d'un prix biennal de 300 francs.

Dubrueil (de Montpellier), donateur d'une somme de 15.000 francs.

Paul Guersant, — Lenoir, — Payen, — Velpeau, — Gerdy, — baron Larrey, — Ch. Nélaton, — Le Dentu, — Delens, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Paris. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Archives de médecine et de chirurgie spéciales. — Archives de médecine et de pharmacie militaires. — Archives provinciales de chirurgie. — Archives de stomatologie. — Bibliographia medica. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris. — Bulletin médical. — Clinique générale de Chirurgie. — Le Caducée. — Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie. — Comptes rendus de la Société de Stomatologie. — France médicale. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. — Gazette des hôpitaux. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — La Presse médicale. — Progrès médical. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue d'orthopédie. — Revue de stomatologie. — Revue française de médecine et de Chirurgie. — Tribune médicale.

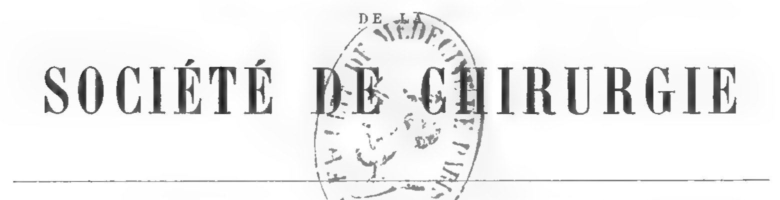
Province. — Bulletin de la Société de médecine de Rouen. — Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon. — Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest (Rennes). — Bulletin des syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais. — Le Centre médical et pharmaceutique (Commentry). — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — Gazette médicale de Nantes. — Marseille médical. — Mémoires et bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — Normandie médicale. — Poitou médical. — Recueil des actes du Comité médical des Bouches-du-Rhône. — Revue médicale de l'Est. — Union médicale du Nord-Est.

Etranger. — Annals of Surgery (Philadelphie). — Archiv für klinische Chirurgie (Berlin). — British medical Journal (Londres). — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Bulletin of the Johns Hopkins Hospital (Baltimore). — Bulletin médical de Québec. — Gazeta medica de Costa-Rica. — Gazette médicale de Strasbourg. — Journal and Proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — Medico-Chirurgical Transactions (Londres). — Mittheilungen aus der medicinischen Facultät der Kaiserlich-Japanischen Universität (Tokio). — Revista de chirurgie (Bucarest). — Revista de medicina y cirurgia (Barcelone). — Revue médicale de la Suisse romande. — Transactions of the American orthopedic association (Philadelphie).

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE



SÉANCE DU 7 JANVIER 1903

Présidence de M. KIRMISSON.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques des deux dernières semaines.

2°. — Une lettre de M. QUÉNU qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une lettre de M. ALBARRAN qui, retenu par ses fonctions de membre du jury de l'internat, demande un congé de trois mois.

4°. — Une lettre de M. de LAPERSONNE qui, au nom de Mme Panas, fait part à la Société de Chirurgie de la mort de M. le professeur PANAS.

Décès de M. Panas.

M. KIRMISSON, *président.* — Messieurs, le professeur Panas a appartenu pendant de longues années à la Société de Chirurgie dont il a été, en 1877, le président. Avant de se consacrer, d'une façon exclusive, à l'étude de l'ophtalmologie, il avait publié ici même nombre de travaux relatifs à la chirurgie générale, qui témoignent de son dévouement à la science et de la finesse de son jugement. Le moment n'est pas venu d'apprécier son œuvre scientifique; il fut pour beaucoup d'entre nous un maître respecté, pour beaucoup d'autres, un ami fidèle. Je vous propose, Messieurs, de lever la séance en signe de deuil.

Présentations de malades.

Appareil à extension continue pour les fractures de l'humérus.

M. PIERRE DELBET. — J'ai l'honneur de vous présenter une malade atteinte d'une fracture de l'humérus. Ce n'est pas sur la fracture que je désire attirer votre attention, mais sur l'appareil que j'emploie depuis un certain temps pour réduire et maintenir ces fractures.

Je vous décrirai ultérieurement en détail cet appareil et son mode d'emploi. J'ai voulu aujourd'hui vous le montrer en place.

Vous voyez en quoi il consiste. Les points d'appui sont pris d'une part sur l'aisselle protégée par un coussin plâtré, d'autre part sur l'origine de l'avant-bras maintenu en flexion à angle droit par quelques bandes plâtrées. La traction est réalisée par un ressort qui tend à écarter deux tiges métalliques dont l'une, qui est pleine, glisse dans l'autre qui est creuse. La tige pleine est percée d'un certain nombre de trous destinés à recevoir une goupille au moyen de laquelle on peut raccourcir le ressort, et par conséquent régler l'extension.

Voici deux radiographies qui vont vous permettre de juger du résultat que l'on peut obtenir avec cet appareil. Sur l'une, faite avant l'application de l'appareil, vous pouvez voir que le chevauchement était de plus de quatre centimètres. Sur l'autre, faite avec l'appareil en place, vous voyez que le chevauchement est complètement corrigé et que la réduction est parfaite.

M. Albarran. — J'ai eu un beau succès par l'application de l'appareil de Delbet chez un enfant atteint de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

M. Lucas-Championnière. — Je n'ai rien à dire contre l'appareil qui me paraît ingénieux. Mais je m'étonne toujours, pour les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus au-dessus du niveau de l'insertion deltoïdienne, de voir rechercher des appareils nouveaux plus ou moins compliqués. J'ai fait à maintes reprises la preuve de l'inutilité de ces appareils et même de leur nocuité.

Au jour où on sort le sujet d'un appareil semblable il se servirait déjà de son membre s'il avait été traité par la mobilisation sans appareil d'immobilisation.

Les faits sont si nombreux qu'il ne vaut pas beaucoup la peine de discuter l'utilité des appareils de contention dont la valeur définitive est loin d'être démontrée même par une radiographie isolée.

M. Pierre Delbet. — Je n'ignore pas que certains malades arrivent à se servir d'une manière satisfaisante d'un membre très vicieusement consolidé. Mais j'estime que nous devons nous efforcer d'obtenir la réduction aussi parfaite que possible des fractures.

Luxation incomplète et habituelle du nerf cubital. Maintien du nerf dans la gouttière épitrochléo-olécranienne à l'aide d'un lambeau aponévrotique emprunté à l'aponévrose épitrochléenne. Résultat fonctionnel très bon.

M. Schwartz. — J'ai déjà eu l'occasion d'attirer l'attention de la Société de chirurgie il y a quelques années (1) sur le même sujet à l'occasion d'un déplacement du nerf cubital à la suite d'un violent traumatisme de la face postérieure du coude. J'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui un nouveau fait. Il s'agit cette fois d'une luxation incomplète, puisque, dans son déplacement extrême, le nerf n'arrive que jusque sur l'épitrochlée sans la dépasser, et habituelle, le déplacement se produisant toutes les fois que le malade fléchit l'avant-bras sur le bras.

Il s'agit d'un homme de trente-neuf ans, balayeur de la ville de

(1) *Bulletins de la Société de Chirurgie*, séances des 4 et 11 mars 1896.

Paris, très bien portant en dehors de l'accident qui l'amène dans notre service à l'hôpital Cochin. Il s'aperçoit depuis deux mois, à la suite d'un violent effort pour soulever une charge, qu'il a beaucoup de mal et même qu'il lui est impossible de continuer son métier. Toutes les fois qu'il veut lancer son balai, il sent une douleur dans l'avant-bras et en particulier dans les deux derniers doigts, avec fourmillements; il a de par ce fait moins de force; il ne lui est plus possible de soulever les boîtes à ordures pour en verser le contenu dans les voitures, il lui est arrivé de lâcher son fardeau.

L'inspection ne permet de reconnaître aucun changement dans l'aspect de la région du coude. Quand on fait plier et étendre l'avant-bras sur le bras, on constate à la vue, mais surtout à la palpation, qu'un cordon assez gros se déplace et vient se mettre dans la flexion au delà de l'angle droit à cheval sur la pointe de l'épitrochlée. Ce cordon n'est autre que le nerf cubital; sa compression entre les doigts donne lieu à des fourmillements dans les deux derniers doigts. Lorsque le malade étend l'avant-bras, il reprend sa position normale dans la gouttière ostéo-fibreuse où il est logé.

J'ai pratiqué l'opération que voici, que j'ai jugée indiquée chez cet homme dont la profession exige un déploiement de force considérable, et qui ne pouvait par conséquent être traité par les appareils. Incision sur le trajet d'une verticale passant par l'épitrochlée : je découvre facilement le nerf après incision des parties molles; il semble que les tissus fibreux qui recouvrent le nerf soient plus lâches, sinon moins épais, mais ce qui frappe surtout, c'est l'hypertrophie du cordon nerveux; ce nerf cubital est certainement le double de volume d'un nerf normal; il est fusiforme, redevient normal au-dessus et au-dessous d'une étendue de deux centimètres. L'épitrochlée est un peu moins proéminente que du côté sain. Le nerf étant maintenu dans sa gouttière qui paraît normale comme profondeur, je taille sur l'aponévrose épitrochléenne un lambeau que je retourne et suture à l'olécrane pour compléter la paroi fibreuse postérieure. Réunion totale et pansement dans la flexion à angle droit.

L'opération a été pratiquée le 29 novembre 1902, il y a un mois et demi. L'opéré peut balayer facilement, mais il éprouve encore quelques difficultés à soulever des fardeaux au-dessus de sa tête. Il est certain que la névrite dont le nerf était atteint (névrite probablement interstitielle) ne disparaîtra que progressivement et lentement.

Lésion de l'extrémité supérieure du tibia.

M. Ch. Monod. — Je vous ai présenté, le 3 juillet 1901, une malade âgée de quarante et un ans, atteinte d'une lésion de l'extrémité supérieure du tibia que je croyais de nature sarcomateuse.

Toute l'épiphyse de l'os, comme le montrait une radiographie que je vous soumettais en même temps, était occupée par la néoplasie que circonscrivait seule une mince couche de tissu compact.

Je vous demandais avis tant sur la nature du mal que sur la conduite à tenir. La question était de savoir si, le diagnostic de néoplasme étant posé, il ne valait pas mieux faire le sacrifice du membre plutôt qu'un simple évidement qui risquait d'être incomplet et de laisser place à une prompte récidive.

Notre collègue Reclus seul opta pour le premier parti, les opérations économiques, dont il avait été longtemps partisan en pareil cas, ne lui ayant donné que de mauvais résultats.

Walther, Potherat, Brun et Reynier pensèrent, au contraire, d'après des faits observés par eux, que je pourrais me contenter d'un large évidement.

C'est le conseil de ces derniers que j'ai suivi. La malade a été opérée le 20 juillet 1901, par perforation de la coque osseuse et grattage soigné à la curette de toute la cavité, — qui ne communiquait ni avec l'articulation, ni avec le canal diaphysaire, — suivi d'un attouchement à la solution de chlorure de zinc au dixième. J'avais, pour bien voir ce que je faisais, appliqué un tube élastique à la racine du membre. Le tube enlevé, le saignement fut considérable ; il s'arrêta par la compression simple, tamponnement de la cavité à la gaze stérilisée et pansement serré.

Je vous présente aujourd'hui la malade, à près de dix-huit mois de distance, complètement guérie, marchant bien, mais avec une articulation du genou ankylosée.

Je vous montre en même temps une radiographie faite récemment. En la comparant avec celle de 1901, vous reconnaîtrez que la cavité épiphysaire est entièrement comblée.

L'examen histologique de la pièce, dont le résultat a été communiqué *in extenso* par M. Macaigne à la Société anatomique (1), a montré qu'il s'agissait ici d'un *sarcome à myéloplaxes typique*.

Je ne veux pas, à propos de cette simple présentation de malade,

(1) Macaigne. *Bulletin de la Soc. anatomique*, séance du 28 novembre 1902.

aborder la question des tumeurs à myéloplaxes, des anévrismes, tumeurs érectiles des os, etc... Je me contenterai de renvoyer ceux que le sujet pourrait intéresser à la thèse d'Eugène Nélaton où plusieurs observations de *tumeurs à myéloplaxes des extrémités épiphysaires des os longs*, analogues à la mienne, sont relatées (1).

Dans la plupart de ces cas, l'amputation du membre a été pratiquée, mais Eugène Nélaton entrevoyait déjà la possibilité d'interventions plus limitées qui semblent, étant donnée la forme de la néoplasie, pouvoir être suivies d'un succès durable.

Luxations récidivantes de l'épaule.

M. PIERRE DELBET. — Je vous ai présenté, il y a quelques années, un malade qui mérite d'être rapproché de celui de M. Monod. Ceux d'entre vous qui ont bien voulu me donner leur avis à son sujet seront peut-être heureux de savoir ce qu'il est devenu.

C'était un enfant de sept à huit ans, qui m'avait été amené comme atteint de luxations récidivantes de l'épaule. Je n'avais moi-même assisté à aucune de ces prétendues luxations.

En examinant le malade, je constatai que l'extrémité supérieure de son humérus était le siège d'une volumineuse tumeur en gigot. Je fis faire une radiographie sur laquelle on voyait que la tête humérale était intacte, tandis que la région du col anatomique était déformée par une grosse tumeur. Celle-ci était entourée d'une coque d'os dur se marquant par une ligne sombre. Son aire, au contraire, était claire, traversée seulement par des lignes un peu plus obscures évoquant l'idée d'une structure aréolaire.

Deux opinions furent exprimées ici sur la nature de cette tumeur. La majorité de ceux qui voulurent bien examiner le malade furent d'avis qu'il s'agissait d'un sarcome et me conseillèrent une intervention radicale. Mais ceux de nos collègues qui s'occupent spécialement des maladies des enfants furent d'un tout autre avis. MM. Kirmisson, Jalaguier, Broca pensèrent que les prétendues luxations avaient été des fractures, et que cette grosse tumeur n'était qu'un cal exubérant.

Le jour où je présentai le malade, M. Poncet assistait à notre réunion. En raison de sa compétence sur les affections des os, je le priai tout spécialement de bien vouloir me donner son avis. Il

(1) Nélaton (Eugène). D'une nouvelle espèce de tumeurs bénignes des os ou tumeurs à myéloplaxes, *Thèse* de Paris, 1860, éd. in-4°, p. 148 et suiv.



Sarcome à myéloplaxes de l'extrémité supérieure du tibia.

M. Ch. Monod. — Je vous ai présenté, le 3 juillet 1901, une malade âgée de quarante et un ans, atteinte d'une lésion de l'extrémité supérieure du tibia que je croyais de nature sarcomateuse. Toute l'épiphyse de l'os, comme le montrait une radiographie que je vous soumettais en même temps, était occupée par la néoplasie que circonscrivait seule une mince couche de tissu compact.

Je vous demandais avis tant sur la nature du mal que sur la conduite à tenir. La question était de savoir si, le diagnostic de néoplasme étant posé, il ne valait pas mieux faire le sacrifice du membre, plutôt qu'un simple évidement qui risquait d'être incomplet et de laisser place à une prompte récidive.

Notre collègue Reclus seul opta pour le premier parti, les opérations économiques, dont il avait été longtemps partisan en pareil cas, lui ayant donné de mauvais résultats.

Walther, Potherat, Brun et Reynier pensèrent, au contraire, d'après des faits observés par eux, que je pourrais me contenter d'un large évidement.

C'est le conseil de ces derniers que j'ai suivi. La malade a été opérée le 20 juillet 1901, par perforation de la coque osseuse et grattage soigné à la curette de toute la cavité, — qui ne communiquait ni avec l'articulation, ni avec le canal diaphysaire, — suivi d'un attouchement à la solution de chlorure de zinc au dixième. J'avais, pour bien voir ce que je faisais, appliqué un tube élastique à la racine du membre. Le tube enlevé, le saignement fut considérable; il s'arrêta par la compression simple, tamponnement de la cavité à la gaze stérilisée et pansement serré.

Je vous présente aujourd'hui la malade, à près de dix-huit mois de distance, complètement guérie, marchant bien, mais avec une articulation du genou ankylosée.

Je vous montre en même temps une radiographie faite récemment. En la comparant avec celle de 1901, vous reconnaîtrez que la cavité épiphysaire est entièrement comblée.

L'examen histologique de la pièce, dont le résultat a été communiqué *in extenso* par M. Macaigne à la Société anatomique (1), a montré qu'il s'agissait d'un *sarcome à myéloplaxes typique*.

Je ne veux pas, à propos de cette simple présentation de malade, aborder la question des tumeurs à myéloplaxes, des anévrismes, tumeurs érectiles des os, etc... Je me contenterai de renvoyer ceux que le sujet pourrait intéresser à la thèse d'Eugène Nélaton

(1) Macaigne. *Bulletin de la Soc. anatomique*, séance du 28 novembre 1902.

où plusieurs observations de *tumeurs à myéloplaxes des extrémités épiphysaires des os longs*, analogues à la mienne, sont relatées (1).

Dans la plupart de ces cas, l'amputation du membre a été pratiquée, mais Eugène Nélaton entrevoyait déjà la possibilité d'interventions plus limitées qui semblent, étant donnée la forme de la néoplasie, pouvoir être suivies d'un succès durable.

M. P. Reclus. — J'ai été fort partisan des opérations économiques pour l'ablation des sarcomes. Mais quelques-unes de mes opérations n'ont pas été heureuses : dans deux cas la récidive a été rapide ; dans une troisième, la meilleure et où il s'agissait d'un sarcome implanté sur le condyle interne du fémur, j'ai enlevé d'un trait de scie le condyle interne et le sarcome : tout marcha bien pendant trois ans ; mais au bout de ce laps de temps la récidive survint, et je dus pratiquer l'amputation de la cuisse. Du moins cette nouvelle intervention a été suffisante et à cette heure, plusieurs années après la seconde opération, le patient vit encore sans récidive.

M. Pierre Delbet. — Je vous ai présenté, il y a quelques années, un malade qui mérite d'être rapproché de celui de M. Monod. Ceux d'entre vous qui ont bien voulu me donner leur avis à son sujet seront peut-être heureux de savoir ce qu'il est devenu.

C'était un enfant de sept à huit ans, qui m'avait été amené comme atteint de luxations récidivantes de l'épaule. Je n'avais moi-même assisté à aucune de ces prétendues luxations.

En examinant le malade, je constatai que l'extrémité supérieure de son humérus était le siège d'une volumineuse tumeur en gigot. Je fis faire une radiographie sur laquelle on voyait que la tête humérale était intacte, tandis que la région du col anatomique était déformée par une grosse tumeur. Celle-ci était entourée d'une coque d'os dur se marquant par une ligne sombre. Son aire, au contraire, était claire, traversée seulement par des lignes un peu plus obscures évoquant l'idée d'une structure aréolaire.

Deux opinions furent exprimées ici sur la nature de cette tumeur. La majorité de ceux qui voulurent bien examiner le malade furent d'avis qu'il s'agissait d'un sarcome et me conseillèrent une intervention radicale. Mais ceux de nos collègues qui s'occupent spécialement des maladies des enfants furent d'un tout autre avis. MM. Kirmisson, Jalaguier, Broca, pensèrent que les prétendues luxations avaient été des fractures, et que cette grosse tumeur n'était qu'un cal exubérant.

(1) Nélaton (Eugène). D'une nouvelle espèce de tumeurs bénignes des os ou tumeurs à myéloplaxes. *Thèse de Paris*, 1860, éd. in-4°, p. 148 et suiv.

Le jour où je présentai le malade, M. Poncet assistait à notre réunion. En raison de sa compétence sur les affections des os, je le priai tout spécialement de bien vouloir me donner son avis. Il fut très catégorique. Pour lui, la tumeur était un sarcome, et il me conseilla une intervention rapide. A l'appui de son opinion, il me cita un cas de sa pratique personnelle où la radiographie avait fourni une image presque superposable à celle que je présentais (il s'agissait de l'extrémité inférieure du radius), et où l'opération suivie d'examen microscopique avait permis de constater qu'il s'agissait d'une tumeur à myéloplaxes. M. Poncet eut même l'amabilité de m'envoyer, dans les jours qui suivirent, et la radiographie de sa malade et une thèse dans laquelle son observation était rapportée. Je pus constater que la radiographie avait même aspect que celle de mon malade.

En présence de deux avis aussi opposés, je m'abstins en surveillant l'enfant. Je le vis de temps à autre, et constatai que la tumeur n'augmentait pas. Une seconde radiographie faite un mois ou deux après la première sembla même démontrer qu'elle avait légèrement diminué.

Un beau jour, on me ramena l'enfant en me disant que sa luxation venait de se reproduire. Je constatai qu'il avait non pas une luxation, mais bien une fracture siégeant dans la partie inférieure de la tumeur. Cela donnait une singulière force à l'opinion émise par nos collègues Kirmisson, Jalaguier, Broca, mais on pouvait penser aussi qu'il s'agissait d'une fracture spontanée produite dans un néoplasme.

J'immobilisai régulièrement cette fracture, tandis que lors des accidents précédents on s'était borné, après une prétendue réduction de la prétendue luxation, à faire porter une écharpe pendant quelques jours.

Sous l'influence de l'immobilisation, la fracture a bien guéri, puis la tumeur a diminué de volume, et, depuis, l'enfant n'a présenté aucun accident.

Il est donc bien certain qu'il s'agissait tout simplement d'un cal énorme.

Alors, Messieurs, je revins à l'observation de M. Poncet. Je l'étudiai en détail, et je constatai que sa malade elle aussi avait subi un traumatisme. Elle avait fait, sur la paume de la main, une chute qui avait déterminé une douleur atroce dans le poignet et entraîné une impotence prolongée. Autant que je me rappelle, elle n'a pas été vue à cette époque par un médecin : le diagnostic de fracture du radius n'a pas été fait, mais il est singulièrement probable qu'elle en avait une.

Aussi mon observation et celle de M. Poncet sont presque exac-

tement superposables. Dans les deux cas, il y a eu, au début, un traumatisme. Dans les deux cas, les symptômes cliniques ont été les mêmes, les caractères radiographiques identiques. N'en doit-on pas conclure que, dans les deux cas, il s'agissait de la même lésion ?

Mon malade a guéri ; la malade de M. Poncet a guéri également, mais elle a été opérée, et c'est là que les choses deviennent intéressantes.

En effet, l'examen histologique de la tumeur enlevée par M. Poncet a été pratiqué ; il a montré qu'il s'agissait d'une tumeur à myéloplaxes.

Cela ne conduit-il pas à penser que les tumeurs à myéloplaxes sont plutôt des néoplasies inflammatoires que des néoplasmes véritables ?

Il faut bien s'entendre sur la valeur du terme. Il ne suffit pas qu'une tumeur renferme quelques cellules géantes pour qu'on soit en droit de lui donner le nom de tumeur à myéloplaxes, car il n'est presque pas de sarcome dans lequel on ne puisse en trouver quelques-unes. Seules méritent le nom de tumeurs à myéloplaxes celles dont les cellules géantes sont l'élément principal. Eh bien, je crois que ces véritables tumeurs à myéloplaxes, ces myélomes vrais, sont à peine des néoplasmes. Ce sont des productions bénignes, justiciables d'interventions locales, et les faits qui viennent d'être signalés corroborent, il me semble, cette manière de voir.

M. Berger. — J'ai revu, ce matin même, un malade sur lequel j'ai pratiqué, il y a plus de dix mois, l'évidement de l'extrémité inférieure du radius pour une tumeur à myéloplaxes assez volumineuse. Elle avait débuté à la suite d'un traumatisme, mais il n'y avait pas eu de fracture ; la tumeur était un vrai sarcome composé presque exclusivement de cellules géantes. La tumeur n'a pas récidivé.

M. Broca. — Je rappellerai qu'un des arguments qui a le plus influé sur la décision de M. Delbet a été l'examen d'une radiographie que je vous ai présentée à propos de cette discussion. Sur un enfant que j'avais soigné pour fractures itératives de l'extrémité supérieure de l'humérus et que je vous ai, d'ailleurs, fait examiner lors de la discussion, l'aspect radiographique était identique à celui que nous faisait constater M. Delbet.

M. Kirmisson. — Le petit malade que j'ai vu et chez lequel j'avais pensé à une tumeur a guéri et est resté guéri ; il n'avait donc, lui aussi, qu'une fracture.

fut très catégorique. Pour lui, la tumeur était un sarcome, et il me conseilla une intervention rapide. A l'appui de son opinion, il me cita un cas de sa pratique personnelle où la radiographie avait fourni une image presque superposable à celle que je présentais (il s'agissait de l'extrémité inférieure du radius), et où l'opération suivie d'examen microscopique avait permis de constater qu'il s'agissait d'une tumeur à myéloplaxes. M. Poncet eut même l'amabilité de m'envoyer, dans les jours qui suivirent, et la radiographie de sa malade et une thèse dans laquelle son observation était rapportée. Je pus constater que la radiographie avait même aspect que celle de mon malade.

En présence de deux avis aussi opposés, je m'abstins en surveillant l'enfant. Je le vis de temps à autre, et constatai que la tumeur n'augmentait pas. Une seconde radiographie faite un mois ou deux après la première sembla même démontrer qu'elle avait légèrement diminué.

Un beau jour, on me ramena l'enfant en me disant que sa luxation venait de se reproduire. Je constatai qu'il avait non pas une luxation, mais bien une fracture siégeant dans la partie inférieure de la tumeur. Cela donnait une singulière force à l'opinion émise par nos collègues Kirmisson, Jalaguier, Broca, mais on pouvait penser aussi qu'il s'agissait d'une fracture spontanée produite dans un néoplasme.

J'immobilisai régulièrement cette fracture, tandis que lors des accidents précédents on s'était borné, après une prétendue réduction de la prétendue luxation, à faire porter une écharpe pendant quelques jours.

Sous l'influence de l'immobilisation, la fracture a bien guéri, puis la tumeur a diminué de volume, et, depuis, l'enfant n'a présenté aucun accident.

Il est donc bien certain qu'il s'agissait tout simplement d'un cal énorme.

Alors, Messieurs, je revins à l'observation de M. Poncet. Je l'étudiai en détail, et je constatai que sa malade elle aussi avait subi un traumatisme. Elle avait fait, sur la paume de la main, une chute qui avait déterminé une douleur atroce dans le poignet et entraîné une impotence prolongée. Autant que je me rappelle, elle n'a pas été vue à cette époque par un médecin : le diagnostic de fracture du radius n'a pas été fait, mais il est singulièrement probable qu'elle en avait une.

Ainsi mon observation et celle de M. Poncet sont presque exactement superposables. Dans les deux cas, il y a eu, au début, un traumatisme. Dans les deux cas, les symptômes cliniques ont été les mêmes, les caractères radiographiques identiques. N'en

doit-on pas conclure que, dans les deux cas, il s'agissait de la même lésion ?

Mon malade a guéri ; la malade de M. Poncet a guéri également, mais elle a été opérée, et c'est là que les choses deviennent intéressantes.

En effet, l'examen histologique de la tumeur enlevée par M. Poncet a été pratiqué ; il a montré qu'il s'agissait d'une tumeur à myéloplaxes.

Cela ne conduit-il pas à penser que les tumeurs à myéloplaxes sont plutôt des néoplasies inflammatoires que des néoplasmes véritables ?

Il faut bien s'entendre sur la valeur du terme. Il ne suffit pas qu'une tumeur renferme quelques cellules géantes pour qu'on soit en droit de lui donner le nom de tumeur à myéloplaxes, car il n'est presque pas de sarcome dans lequel on ne puisse en trouver quelques-unes. Seules méritent le nom de tumeurs à myéloplaxes celles dont les cellules géantes sont l'élément principal. Eh bien, je crois que ces véritables tumeurs à myéloplaxes, ces myélomes vrais, sont à peine des néoplasmes. Ce sont des productions bénignes, justiciables d'interventions locales, et les faits qui viennent d'être signalés corroborent, il me semble, cette manière de voir.

M. Berger. — J'ai revu, ce matin même, un malade sur lequel j'ai pratiqué, il y a plus de dix mois, l'évidement de l'extrémité inférieure du radius pour une tumeur myéloplaxe assez volumineuse. Elle avait débuté à la suite d'un traumatisme, mais il n'y avait pas eu de fracture ; la tumeur était un vrai carcinome composé presque exclusivement de cellules géantes. La tumeur n'a pas récidivé.

M. Broca. — Je rappellerai qu'un des arguments qui a le plus influé sur la décision de M. Delbet a été l'examen d'une radiographie que je vous ai présentée à propos de cette discussion. Sur un enfant, que j'avais soigné pour fractures itératives de l'extrémité supérieure de l'humérus et que je vous ai, d'ailleurs, fait examiner lors de la discussion, l'aspect radiographique était identique à celui que nous faisait constater M. Delbet.

M. Kirmisson. — Le petit malade que j'ai vu et chez lequel j'avais pensé à une tumeur a guéri et est resté guéri ; il n'avait donc, lui aussi, qu'une fracture.

Élections.

NOMINATIONS DE DEUX MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX.

Candidats présentés par la Commission :

M. Estor, professeur de la Faculté de Montpellier.
M. Couteaud. — Marine.

Premier tour.

Nombre de votants : 31. — Majorité : 16.

M. Couteaud	obtient :	18	voix.
M. Guillet	—	14	—
M. Mordret	—	9	—
M. Estor.	—	5	—
M. Lafourcade	—	7	—
M. Dubujadoux	—	1	—
M. Veron	—	1	—
M. Girou	—	1	—
Bulletin nul.	—	1	—

En conséquence, M. Couteaud est nommé membre correspondant national.

Deuxième tour.

Nombre de votants : 30. — Majorité : 16.

M. Guillet	obtient :	19	voix.
M. Mordret	—	7	—
M. Estor.	—	2	—
M. Lafourcade	—	2	—

En conséquence, M. Guillet (de Caen) est nommé membre correspondant national.

NOMINATION DE QUATRE MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

Candidats présentés par la Commission.

M. Berg, professeur de clinique chirurgicale, à Stockholm.
M. Gallet, professeur de clinique chirurgicale, à Bruxelles.
Heresco, professeur de clinique chirurgicale, à Bucharest.
Lennander, professeur de clinique chirurgicale, à Upsal.

Nombre de votants : 29. — Majorité : 15.

M. Berg.	obtient :	27	voix.
M. Gallet	—	29	—
M. Heresco	—	25	—
M. Lennander.	—	26	—
M. Duprat.	—	4	—

En conséquence, MM. Berg, Gallet, Heresco et Lennander sont nommés membres correspondants étrangers de la Société de chirurgie.

Le Secrétaire annuel,

G. Félizet.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 14 JANVIER 1903

Présidence de M. Kirmisson.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Brun et une lettre de M. Hartmann qui, tous deux souffrants, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Un travail de M. E. Dumas (de Digne) intitulé : *Six cas d'appendicite opérés à chaud.* — Le travail de M. Dumas est renvoyé à une commission, dont M. Legueu est nommé rapporteur.

4°. — Une lettre de M. Guillet (de Caen) qui remercie la Société de Chirurgie de sa récente nomination au titre de membre correspondant national de la Société de Chirurgie.

5°. — Deux volumes de *Consultations chirurgicales* que M. de Rouville (de Montpellier) offre à la Société de Chirurgie.

M. le Président remercie M. de Rouville au nom de la Société.

A propos de la correspondance.

M. Terrier dépose sur le bureau le volume que M. Monprofit (d'Angers) vient de publier sur la *Chirurgie des ovaires et des trompes.*

M. le Président remercie M. Monprofit, au nom de la Société.

Lecture.

Plaie de la veine cave inférieure au cours d'une intervention abdominale. Suture. Guérison (1),

par MM. POUSSON et CHAVANNAZ (de Bordeaux).

Notre collègue Albarran dans la séance du 24 décembre, ayant rapporté un certain nombre d'observations de plaies chirurgicales de la veine cave traitées avec succès par la ligature totale ou latérale, nous croyons devoir faire connaitre à la société le fait suivant, qui nous est commun.

Il s'agit d'un garçon vigoureux âgé de dix-huit ans, chez lequel nous sommes intervenus le 22 janvier 1900 pour extirper un trajet fistuleux consécutif à une laparotomie, pour contusion de l'abdomen. Ce trajet venait s'ouvrir sur la cicatrice opératoire, au sommet d'un petit tubercule siégeant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic; sa direction était légèrement oblique de bas en haut, et un peu de gauche à droite.

L'orifice fistuleux ayant été circonscrit par une incision circulaire sur laquelle viennent se brancher deux incisions médianes suivant la cicatrice opératoire, nous nous mettons en devoir d'extirper le trajet fistuleux. Nous nous guidons sur une sonde introduite dans ce trajet et nous suivons de près les parois de celui-ci à l'aide des ciseaux mousses.

La dissection est assez pénible, car le trajet adhère tout d'abord au colon transverse à droite, et à l'estomac à gauche. En le suivant nous passons sous la face inférieure du foie et nous arrivons sur les corps vertébraux, dont nous sépare seulement une petite masse de consistance fibreuse et du volume d'une noix. En essayant d'isoler la partie terminale du trajet, nous voyons brusquement se produire un écoulement abondant de sang noir. Cet écoulement s'arrête dès qu'on appuie fortement le doigt au fond de la plaie, mais il se reproduit aussitôt que la pression cesse. Il s'agit d'une plaie de forme elliptique, ayant à peu près le volume d'une lentille, et intéressant la face antérieure de la veine cave inférieure : le grand axe de la plaie est à peu près à quarante-cinq degrés d'inclusion sur l'acte du vaisseau. Trois points de suture au catgut n° 0, sont passés à travers toute l'épaisseur des lèvres de la plaie, à l'aide d'une petite aiguille de Reverdin. Les fils serrés, l'écoulement sanguin s'arrête.

(1) Travail lu par M. le secrétaire général.

Un peu au-dessus du point où siégeait la déchirure, la paroi de la veine cave inférieure a sa tunique externe légèrement intéressée; il y a là un léger suintement sanguin qui est arrêté par quatre points de sutures non perforants, au catgut n° 0.

Nous hésitons devant une opération absolument complète, qui nous conduirait ou tout au moins nous exposerait à une blessure peut-être plus étendue de la veine cave, et nous nous contentons de la suppression du trajet déjà isolé, laissant la masse fibreuse signalée plus haut au devant des corps vertébraux.

Une mèche de gaze stérilisée est placée au contact de la suture veineuse après qu'on a bien abstergé le sang répandu dans l'abdomen. L'abdomen est refermé en laissant le passage de la mèche.

Réveil rapide, aucune suite fâcheuse en ce qui concerne la suture veineuse ; il n'y a pas d'hémorragie à l'ablation de la mèche de gaze qui est remplacée le 25 janvier par une mèche enfoncée un peu moins profondément.

Le 16 février le malade est autorisé à se lever, et quand il quitte l'hôpital, il a un excellent état général; mais il persiste dans la région sus-ombilicale un tout petit trajet fistuleux.

A propos du procès-verbal.

Néoplasmes associés.

M. Guinard. — Dans notre dernière séance (24 décembre 1902), M. Monod nous a parlé de deux cas d'association de néoplasmes qu'il a observés récemment. Il s'agissait dans un cas d'un kyste de l'ovaire et de fibromes utérins concomitants, et dans l'autre d'un sarcome de l'ovaire et de cancer intra-utérin simultané.

A cette occasion, M. Monod rappelle qu'il a déjà traité cette question à cette tribune, à propos d'un rapport sur une observation de M. Girou, d'Aurillac, en 1900, et il nous renvoie à un mémoire de M. Eugène Monod (de Bordeaux) sur la coexistence des kystes de l'ovaire et des fibromes de l'utérus.

Il m'avait semblé, en écoutant M. Monod, que les faits de ce genre ne sont pas très rares, et j'ai eu la pensée de feuilleter mes observations de ces dernières années — avec l'aide de mon cher interne, Paul Tillaye. Nous avons trouvé onze observations prises à l'hôpital ou dans la clientèle de la ville, dans lesquelles il y avait en même temps des fibromes utérins et des kystes des ovaires. Cette association de tumeurs est donc loin d'être rare et je suis convaincu que tous les chirurgiens ont observé

sans les publier, de nombreux cas de ce genre dans leur pratique.

Quant à la question de savoir quelle conduite on doit tenir en pareille circonstance, il me semble comme à M. Monod, qu'elle est résolue définitivement. J'ajoute même qu'il n'y a aucune réserve à faire sur la grosseur du fibrome ou sur l'absence d'accidents dus au fibrome. Tout fibrome reconnu au cours d'une intervention, dans le petit bassin doit être enlevé, soit par énucléation soit par hystérectomie subtotale. Cette formule n'était pas acceptée de tous il y a quelques années et voici une observation qui montre que je n'ai pas toujours suivi le précepte auquel je me rallie aujourd'hui.

Obs. I. — *Kyste des deux ovaires. Fibrome utérin. Ablation des kystes sans toucher aux fibromes. Guérison. Quatre ans après, cancer généralisé du péritoine.*

Le 8 avril 1898, j'ai opéré une malade âgée de quarante-huit ans, qui avait un énorme kyste de l'ovaire droit. A la coupe, c'était une sorte de kyste aréolaire à contenu myxomateux. J'enlevai aussi l'ovaire gauche qui était kystique et du volume d'un œuf de dinde. Le corps utérin contenait un fibrome gros comme une petite mandarine, et je trouve sur mes notes que je n'enlevai pas l'utérus « espérant que la castration double arrêterait l'évolution du fibrome ». Aujourd'hui, je n'hésiterais pas, en pareil cas, à faire une subtotale. Qui sait si l'ablation de l'utérus n'aurait pas évité ou retardé les accidents que cette malade éprouve actuellement? Je viens de revoir cette opérée il y a un mois, et elle a un cancer généralisé à tout l'abdomen avec des noyaux disséminés et de l'ascite. Il y a en outre de l'épithélioma du col utérin avec envahissement du vagin.

Depuis cette époque, j'ai toujours au cours de mes laparotomies multiplié les interventions au gré de la complexité des lésions que je rencontrais. Le plus souvent le diagnostic de ces lésions associées est impossible en clinique, et telle malade « qui a un gros ventre », vient consulter pour des accidents dus à son fibrome et qu'on attribue à son kyste, alors que telle autre souffre de symptômes de torsion du pédicule d'un petit kyste de l'ovaire insoupçonné et masqué par un gros fibrome indolore.

Voici d'abord le résumé des observations dans lesquelles j'ai enlevé simultanément des tumeurs ovariennes et des tumeurs utérines.

Obs. II. — *Fibrome utérin. Kyste de l'ovaire. Hystérectomie subtotale et ovariotomie simultanées. Guérison.*

Le 8 décembre 1900, opérant en ville une malade de trente-cinq ans pour un fibrome utérin du volume d'une tête d'enfant, je trouvai un

ovaire en dégénérescence kystique, gros comme une orange. La guérison est parfaite depuis deux ans.

Obs. III. — *Fibrome de l'utérus et kystes de l'ovaire. Ablation simultanée. Guérison.*

Marthe R..., entrée le 20 janvier 1901 dans mon service de la maison Dubois.

Elle souffre dans le ventre depuis octobre 1900.

Pas de pertes rouges.

Tumeur qui paraît accolée à droite à la paroi abdominale. Très dure.

La malade ne se plaint que de constipation, car le ventre se ballonne dès qu'elle ne prend pas de laxatifs.

Sein gauche enlevé en entier par M. Picqué il y a trois ans.

11 *Février* 1901. — Laparotomie.

Epiploon adhérent à la paroi abdominale : en passant au travers, on tombe sur une série de kystes des deux ovaires à la poche desquels sont très adhérentes les anses intestinales. On ouvre plusieurs poches contenant les unes un liquide noirâtre avec cholestérine, les autres un liquide séreux transparent, d'autres enfin un liquide chyliforme. On tombe ensuite sur un fibrome sous-péritonéal inséré sur le fond de l'utérus, fibrome du volume d'une tête d'enfant, pesant 1.120 grammes. J'enlevai l'utérus par hystérectomie subtotale. Guérison sans incidents.

Obs. IV. — *Fibrome utérin et kyste dermoïque de l'ovaire. Ablation simultanée. Mort.*

Mme Gabrielle L..., concierge, âgée de soixante-trois ans, entre le 13 février 1901, dans mon service de la maison Dubois.

S'aperçoit que son ventre grossit depuis trois mois. Bon état général.

20 *février*. Laparotomie.

En voyant le fibrome, on croit que toute la masse est constituée par cette tumeur. On met le tire-bouchon mais on ouvre alors une énorme poche remplie de matière sébacée.

On enlève le kyste et on fait une hystérectomie subtotale pour le volumineux fibrome.

Morte quarante-huit heures après l'opération malgré un drainage soigné et tous les procédés usités en pareil cas.

La face était très congestionnée, bleuie, et l'asphyxie fut progressive, bien qu'il n'y eut ni vomissements, ni ballonnement abdominal.

Obs. V. — *Fibrome utérin et épithélioma kystique de l'ovaire droit. Ablation simultanée. Guérison.*

Mme Renée H..., âgée de trente et un ans, entre le 22 mai 1901, dans mon service de la maison Dubois.

Elle s'est aperçue de la tumeur il y a deux ans ; cette dernière a beaucoup grossi depuis un an.

Ménorragie, une seule métrorragie. Douleurs insignifiantes du côté droit au moment des règles.

Pertes blanches ou verdâtres depuis quinze mois. Bon état général.

24 *mai* 1901. — Hystérectomie subtotale. Ablations des deux annexes : épithélioma kystique de l'ovaire droit. Hydrosalpinx kystique de l'ovaire gauche.

Guérison sans incidents.

Obs. VI. — *Kyste de l'ovaire et fibrome utérin. Ablation simultanée. Guérison.*

Mme Marie C..., âgée de cinquante-quatre ans, entre le 14 février 1902 dans mon service de la maison Dubois.

Je diagnostique un kyste de l'ovaire et je ne pense pas à un fibrome en l'absence de tout symptôme utérin.

Opérée le 20 février 1902.

Cinq litres de liquide; couleur et consistance de l'huile d'olive.

— Une fois le kyste (annexes droites) enlevé, on trouve le fibrome utérin absolument fluctuant. N'était l'âge, de la malade, on pourrait penser à une grossesse de six mois, étant donnés le volume et l'aspect de l'utérus. Hystérectomie subtotale.

Examen des pièces :

Kyste multiloculaire classique. Fibrome de 1 kil. 700.

La malade quitte guérie l'hôpital le 19 mars.

Obs. VII. — *Kyste intraligamentaire. Fibrome utérin. Hématocèle.* Ablation simultanée. Mort.

Marie D..., quarante-quatre ans, entre le 26 février 1902, dans mon service de la maison Dubois, avec des accidents d'hématocèle datant de quinze jours. Je diagnostique un kyste avec torsion du pédicule.

Opération le 1er mars 1902.

Chloroformation très laborieuse. Alertes continuelles. Cœur irrégulier.

Longue incision du pubis à l'ombilic. On tombe sur une collection sanguine ancienne située entre les anses intestinales et recouverte par l'épiploon; caillots noirs comme dans une hématocèle ancienne.

La ponction avait donné 200 grammes de liquide chocolat.

En voulant détacher l'intestin très adhérent à cette poche, on déchire la musculeuse, que l'on recoud par un surjet au fil de lin.

Pièces enlevées : Les deux trompes sont semblables, du volume du poing, parois minces et lisses sans trace d'infection ni d'inflammation ; les deux ovaires sont normaux avec de tout petits kystes. Liquide des trompes très fluide et très citrin.

A gauche, en outre, gros kyste intraligamentaire. Hystérectomie subtotale. Fibrome utérin pédiculé, du volume des deux poings. L'après-midi, à deux heures, hémorragie abondante par le drain. Le ventre à nouveau ouvert, on remet les ligatures sur le pédicule gauche qui suinte. Comme il y a surtout du sang d'adhérences en arrière de l'utérus, on met une pince, puis une ligature sur l'utérine gauche au point où elle longe le bord latéral de l'utérus.

A la fin de l'opération le pouls était incomptable, la malade ne saignait plus. Mèche au lieu de drain dans le Douglas. Réfection de la paroi.

Mort le troisième jour avec pneumonie massive du côté droit avec souffle. Rien à gauche.

Brusque élévation de température au moment du début de la pneumonie. Il semble bien que ce ne soit pas une broncho-pneumonie d'origine septique, par l'unitéralité des lésions et le bon état persistant du ventre.

Obs. VIII. — *Fibromes multiples de l'utérus. Kystes dans les deux ovaires. Hystérectomie subtotale. Ovariotomie double. Guérison.*

Le 9 mai 1902, j'ai fait en ville une hystérectomie subtotale à une malade de quarante ans qui avait trois fibromes dans l'utérus et en outre un fibrome intraligamentaire du côté droit, du volume d'une orange. Il y avait concurremment un kyste multiloculaire dans les deux ovaires. Guérison sans incidents. Son médecin, le Dr Lallot de Saint-Pourçain me fait savoir que la guérison est parfaite.

Obs. IX. — *Fibromes utérins et kyste intraligamentaire. Hystérectomie subtotale et ablation du kyste. Guérison.*

Le 2 juillet 1902, au cours d'une hystérectomie subtotale pour des fibromes en grappe sous-péritonéaux, chez une femme de quarante ans soignée par le Dr Vaucaire, je trouvai un kyste intraligamentaire à droite, du volume d'une orange. Les suites opératoires ne furent nullement entravées par l'ablation simultanée du kyste et de l'utérus.

Obs. X. — *Kyste de l'ovaire droit. Epithélioma de l'ovaire gauche. Carcinose péritonéale. Fibromes utérins.*

Le 27 octobre 1902, j'ai opéré une malade âgée de cinquante ans soignée par le Dr Rouhier. L'incision du péritoine donna issue à du liquide rosé. Je trouvai alors un kyste ovarien droit gros comme une tête d'adulte, véritable tumeur aréolaire.

A gauche, l'ovaire était dégénéré et tout autour on voyait sur le péritoine un semis cancéreux. La vessie et les anses intestinales étaient couvertes de ces noyaux secondaires dont quelques-uns avaient le volume d'un pois. Malgré cela, j'enlevai l'utérus qui était bourré de fibromes et avait le volume des deux poings.

La malade est rentrée chez elle parfaitement guérie de cette intervention.

En dehors de ces associations néoplasiques qui portent sur l'utérus et les annexes, on observe souvent des tumeurs de nature diverse développées dans différents organes. Il y a longtemps que mon maître Verneuil a insisté sur ces faits. On se rappelle qu'il insistait sur « la diathèse néoplasique », et qu'à cette tribune même il a parlé « de la polytopie et de la polymorphie des tumeurs » sur le même malade. Le mot a fait sourire : mais il désignait une réalité clinique que nous observons tous les jours. Voici une observation où une tumeur du sein coexiste avec des kystes ovariens.

En se reportant plus haut à mon observation III, on verra que la malade avait eu avant ma laparotomie une tumeur du sein.

Obs. XI. — *Kyste des deux ovaires. Sarcome du sein gauche. Ablation simultanée des kystes et de la tumeur du sein. Guérison.*

Le 25 novembre 1899, j'ai laparotomisé une malade du Dr Martinet pour un volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. La masse enlevée, je trouvai l'ovaire gauche malade aussi avec un kyste du volume d'un œuf. Et enfin, une fois le centre refermé, j'enlevai un sarcome du sein gauche qui avait le volume d'une orange. L'examen montre qu'il s'agissait d'un adéno-sarcome.

Guérison sans incident.

J'ai gardé, pour terminer cette communication, une observation qui montre une association de néoplasies de nature diverse affectant quatre organes abdominaux. J'ai dans la même séance, enlevé à ma malade l'utérus et ses fibromes, les deux ovaires et leurs kystes; je lui ai fait une anastomose sigmoido-rectale pour un cancer de l'S iliaque et j'ai enfin réséqué l'appendice malade. Elle a parfaitement guéri de cette intervention, ce qui vient encore à l'appui des conclusions formulées par M. Monod.

Obs. XII. — *Fibrome utérin. Kystes des deux ovaires. Cancer de l'S iliaque. Appendicite. Hystérectomie subtotale. Ovariotomie double. Anastomose sigmoido-rectale. Ablation de l'appendice. Guérison.*

Mme G... âgée de quarante-cinq ans, entre le 10 décembre 1901, dans mon service de la maison Dubois. Cette malade vient consulter parce que son ventre grossit depuis trois mois, et surtout parce que depuis cette époque elle a des phénomènes d'occlusion intestinale chronique avec vives douleurs de coliques et issues avec les fèces de « glaires sanguinolents » et de « bourgeons de sang », mélangés à des matières liquides.

Le visage est pâle et bouffi, bien qu'il n'y ait pas d'albumine dans les urines, mais l'état général semble excellent.

Il y a six mois, il y a eu des métrorragies abondantes qui ont maintenant cessé.

Elle n'a jamais rien présenté qui ressemble à de l'appendicite.

Mes internes en raison des phénomènes intestinaux diagnostiquaient un néoplasme du cœcum; le toucher rectal était négatif et la palpation montrait une tumeur surtout développée à droite et douloureuse au toucher. Mais comme cette tumeur était fluctuante et du volume d'une tête d'enfant, je crus pouvoir affirmer qu'il s'agissait d'un kyste ovarien associé à de l'entérite. L'opération montra que tout le monde avait tort et raison à la fois. Je trouvai d'abord en opérant (le 21 décembre 1901) un kyste de l'ovaire droit du volume d'une tête d'enfant (mon diagnostic) : puis je trouvai à gauche un kyste de l'ovaire gauche du volume d'une grosse orange. Les annexes enlevées des deux côtés, je fis une hystérectomie subtotale : l'utérus était bourré de fibromes en grappes qui remplissaient le petit bassin.

J'explorai alors l'intestin pour trouver l'explication des selles glai-

reuses et sanguinolentes qui nous avaient amené la malade. L'appendice avait le volume du pouce et était très adhérent à l'épaisse paroi du kyste ovarien droit. Je réséquai rapidement cet appendice malade. Enfin, j'étais sur le point de refermer le ventre, lorsque je découvris sur la terminaison de l'S iliaque un cancer annulaire qui fixait l'intestin au détroit supérieur (diagnostic de mes internes Gadaud et Aubourg).

Pensant que toutes les opérations que je venais de faire n'apporteraient aucune atténuation aux accidents intestinaux pour lesquels, en somme, la malade était venue me consulter, je me décidai à anastomoser largement l'anse sigmoïde avec le rectum bien au-dessous du néoplasme. L'opération était facilitée par une longueur anormale du mésocolon iliaque et par l'étendue considérable de mon incision de la paroi abdominale, la malade étant en position déclive.

Le drainage fut enlevé au bout de quarante-huit heures et la guérison se fit sans incident.

La malade est sortie guérie le 25 janvier 1902 et récemment j'ai reçu une lettre du médecin qui lui donne des soins en province, et qui n'ayant pas assisté à l'opération, me demande ce que j'ai fait et pourquoi il trouve à la palpation, une tumeur de la fosse iliaque gauche qui augmente progressivement de volume. Cela prouve que la malade a bien supporté ces interventions multiples faites dans une même séance.

En résumé, de tous ces faits il résulte que les associations néoplasiques ne sont pas rares et qu'il est toujours prudent d'explorer les organes du petit bassin « pendant qu'on y est ». Faute de cette précaution, on s'expose à laisser dans le ventre un appendice malade qui était le siège et l'origine des douleurs pour lesquelles la malade a consulté le chirurgien, alors qu'on attribue ces douleurs à un kyste ou à un fibrome indolore.

On s'expose à laisser un fibrome utérin, innocent au moment où on opère, mais qui en évoluant pourra provoquer des accidents nouveaux et nécessiter une nouvelle intervention.

Et en somme, l'hystérectomie subtotale est devenue une opération si simple et si bénigne qu'elle ne complique pas outre mesure l'ablation des tumeurs voisines.

Discussion sur l'appendicite.

M. Monod. — C'est presque pour un fait personnel que j'ai prié notre excellent président de vouloir bien me donner la parole pour un instant.

Un de mes anciens internes me demandait, il y a quelques jours, s'il était vrai que j'eusse été particulièrement malheureux

dans mes tentatives de refroidissement d'appendicite. Il lui avait été rapporté que, au cours de l'année 1902, cinq ou six malades traités à Saint-Antoine par l'expectation étaient morts de péritonite par perforation. Son chef actuel, Poirier, exprimait très justement l'espoir que je viendrais à cette tribune vous faire part de ces faits, d'une importance capitale dans la discussion pendante.

Mais voici mieux encore. Mon excellent collègue et ami Guinard me disait, dans notre dernière séance, avoir appris dans son service que j'avais, toujours dans les mêmes conditions, perdu jusqu'à sept malades dans la même semaine.

Poirier est à Tenon, Guinard à la Maison de Santé... En roulant, la pierre avait amassé mousse.

N'est-ce pas le cas de rappeler la fable de « l'homme qui avait pondu un œuf ».

Comme le nombre d'œufs, grâce à la renommée,
De bouche en bouche allait croissant,
Avant la fin de la journée
Ils se montaient à plus d'un cent!

Nous ne sommes encore qu'à sept, mais pas encore « au bout de la journée. »

Or, d'œuf, l'homme n'en avait pas pondu. Je pourrais en dire autant de mes *refroidis*, si, tout récemment, — et c'est de là que vient le propos, — un malade entré à Saint-Antoine pour une crise d'appendicite, sorti sur sa demande en si bon état apparent que je crus pouvoir céder à ses instances, n'avait été, comme je l'ai su depuis, pris chez lui d'accidents suraigus, rapidement terminés par la mort.

Je me réservais, lorsque viendrait mon tour de parole, de vous rapporter ce fait et de le discuter devant vous. Fait unique d'ailleurs. Je dresse en ce moment le tableau de toutes les appendicites traitées dans mon service au cours de l'année 1902 ; elles sont au nombre de 35 environ, sur lesquelles on a pu en laisser refroidir 25 : toutes — le cas auquel je viens de faire allusion excepté — traitées ultérieurement et guéries par la résection de l'organe à froid.

Je me contente pour l'instant de vous donner ces chiffres en bloc. J'y reviendrai. Je tenais seulement aujourd'hui à couper immédiatement les ailes au macabre canard en voie de prendre son vol.

M. Chaput. — On peut distinguer dans l'appendicite trois variétés principales :

1° Les cas très graves de péritonite généralisée avérée.

2° Les cas manifestement bénins.

3° Les cas graves.

Pour la première catégorie, il n'y a guère de discussion, tout le monde reconnaît la nécessité de l'opération immédiate dans la péritonite généralisée.

Pour les cas manifestement bénins dans lesquels le chirurgien a la certitude que le malade n'est pas en danger, j'accorde que la conduite à tenir n'a qu'une importance médiocre, l'opération à chaud ou à froid donnant l'une et l'autre d'excellents résultats.

Restent les *cas sérieux* pour lesquels la divergence est profonde; elle réside en ceci, que les interventionnistes appelés pour la première fois auprès d'un cas grave interviennent immédiatement, tandis que les opportunistes commencent par le traitement médical.

Mais d'abord qu'entendons-nous par cas graves?

J'entends par *cas graves* tous ceux dans lesquels on admet la simple possibilité d'une *péritonite au début* plus ou moins latente, de *gros abcès* uniques ou multiples dans ou sous le péritoine, d'une *septicémie* plus ou moins latente.

Les signes qui nous paraissent révélateurs de ces accidents ou qui simplement sont de nature à les faire craindre sont les suivants : *le ballonnement même léger* du ventre; la *simple disparition du creux épigastrique*, *l'effacement des saillies musculaires normales de l'abdomen*, la *contracture de la paroi abdominale empiétant sur le côté gauche de l'abdomen*, la *douleur à la pression vers l'ombilic*, l'*hypogastre* ou la *fosse iliaque* gauche, les *collections constatées au toucher vaginal ou rectal*.

Il faut considérer encore comme des symptômes graves la température atteignant 39 degrés et s'y maintenant malgré le repos, les *vomissements verts*, le pouls *dépassant* 110 pulsations à la minute; la *pâleur de la face*, les *traits tirés*, la *fétidité de l'haleine* sont aussi des symptômes très graves.

Toutes les fois que les symptômes précédents existent, on peut craindre des lésions graves compromettant la vie du malade.

En pareil cas, si l'on pratique l'expectation armée, on perd un temps précieux en laissant à l'infection une avance considérable.

Personne n'oserait conseiller l'expectation avec une *péritonite généralisée*, *avec des abcès disséminés dans le péritoine*, avec une *appendicite gangreneuse*, avec une *perforation intestinale*, avec de *la septicémie avérée*, si ces lésions étaient diagnostiquées avec certitude.

Lorsqu'elles sont douteuses, pourquoi attendre? Ne faisons-nous

pas la laparotomie exploratrice pour les plaies de l'abdomen toutes les fois que la pénétration est douteuse.

La situation est la même ici dans beaucoup de cas.

D'ailleurs, raisonnons un peu : *ou bien les lésions que nous venons d'énumérer existent* et l'indication d'opérer immédiatement s'impose, ou bien ces lésions qui pourraient amener la mort n'existent pas. Dans ce cas l'opération n'en est pas moins très utile, car si la vie n'est pas menacée immédiatement, l'appendice n'en est pas moins très malade et son ablation empêchera l'infection ultérieure du péritoine, des viscères ou du milieu sanguin.

L'opération à chaud n'a d'ailleurs aucune gravité par elle-même ; je n'ai jamais vu mourir que des malades ayant un état général grave, ou des viscères altérés ou des lésions péritonéales très graves.

Je n'ai jamais perdu un malade ayant un bon état général et des lésions bénignes.

On nous objectera que l'opération à chaud expose à l'éventration à cause du drainage. Cette objection n'est pas fondée ; d'abord l'objection de l'éventration ne peut être soulevée quand la vie est en jeu.

D'autre part, l'éventration peut être évitée facilement malgré le drainage ; il suffit de suturer la plaie lorsque les trajets ne suintent plus. Cette suture s'exécute facilement sans aucune anesthésie en prenant la précaution de ne prendre que les muscles sans embrocher la peau.

Avec l'expectation vous laissez aggraver l'infection, et lorsque vous opérez ce n'est qu'après un retard de un ou plusieurs jours pendant lesquels l'infection s'est installée d'une manière irrémédiable.

La léthalité considérable des opérations à chaud pratiquées par les opportunistes paraît en rapport avec le retard apporté par eux à l'intervention.

Je voudrais maintenant développer quelques arguments nouveaux en faveur de la précocité de l'opération dans les appendicites graves.

Perforations de l'intestin grêle typhiques ou autres, simulant ou accompagnant l'appendicite. — Chez des malades présentant des signes cliniques d'appendicite et des lésions de l'appendice, j'ai constaté trois fois des perforations intestinales dues, soit à la fièvre typhoïde, soit à une cause indéterminée.

Ces lésions, dont la gravité n'échappera à personne, demandent à être recherchées systématiquement au cours de l'opération ; elles sont un argument particulièrement pressant en faveur de

l'opération, et justifient bon nombre d'insuccès après les opérations à chaud ou après l'amputation.

Voici les trois observations qui forment la base de ce mémoire :

Le 4 novembre 1898, mon collègue M. Béclère m'appelait pour examiner un malade de son service, âgé de vingt-deux ans, qui était entré dans ses salles le 28 *octobre*, pour des troubles digestifs (diarrhée), avec maux de gorge, céphalalgie, avec une éruption syphilitique secondaire de la peau et un écoulement blennorragique.

On le mit au régime lacté ; le 2 *novembre*, il éprouva en se réveillant une *douleur violente* dans la fossse iliaque droite ; vomissement alimentaire, selle diarrhéique ; le soir, la température est de 39°6.

Le lendemain, les douleurs ont augmenté et se généralisent à tout l'abdomen ; température, 40 degrés.

Le 4 *novembre*, les douleurs s'étant encore accrues, on me pria d'examiner le malade. Son état général paraît assez bon ; il est anxieux, répond brièvement aux questions, ses yeux sont excavés.

L'abdomen est légèrement distendu, nivelé, sans les saillies musculaires normales. Le ventre est douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite qui ne présente pas d'empâtement.

Le malade est opéré immédiatement : incision iliaque; les anses intestinales sont très rouges, mais il n'y a pas de liquide dans le péritoine. L'appendice est long, très rouge, dur, érigé. Je le résèque. Drainage abdominal à la gaze.

La température tombe à la suite de l'opération ; mais le 7 novembre, on constate les signes suivants : langue sèche et rôtie, épistaxis, diarrhée, prostration. Cependant, la plaie est belle, le péritoine ne fournit que de la sérosité ; je place un drain dans le ventre.

Le 9 novembre, le séro-diagnostic typhique est positif. La diarrhée persiste, la plaie est belle ; on supprime le drain le 10 novembre. Le malade meurt le 11 novembre.

A l'autopsie, on trouve le cœcum sain ; dans la partie gauche de l'abdomen, on trouve quelques fausses membranes et plusieurs centaines de grammes de bouillie alimentaire jaune clair (régime lacté).

A 1 mètre de l'origine du jéjunum existe, sur la convexité de l'intestin, une perforation de 4 millimètres de diamètre, très ronde, à bords congestionnés et épaissis du côté du péritoine. La muqueuse à ce niveau est congestionnée ; elle s'amincit au pourtour de la perforation.

La muqueuse de l'intestin grêle est peu malade, sauf dans le dernier mètre où l'on aperçoit cinq ou six plaques de Peyer un peu épaissies, saillantes, larges, d'un rouge violet, et tranchant par leur couleur sur le reste de la muqueuse. Ces plaques sont très malades, si on les compare à celles d'un intestin sain pris comme point de comparaison. D'après M. Brault qui assiste à l'autopsie, la nature typhoïde de ces lésions n'est pas douteuse.

En résumé, il s'agit d'un cas de fièvre typhoïde très légère qui, à un moment donné, s'est compliquée d'une perforation sur le premier mètre de l'intestin, laquelle a donné lieu à la symptomatologie de l'appendicite. Cette perforation n'a pas été constatée lors de l'opération. Il est probable que la perforation n'était pas complète au moment de l'opération; il n'y avait alors que de la péritonite par contiguité.

J'ai trouvé l'appendice malade et l'intestin très rouge, et rien de plus. Le malade est mort de sa perforation.

Après coup, on arrive à cette conclusion qu'on n'aurait pu le sauver qu'à la condition de dévider tout l'intestin et de suturer la perforation.

Dans le deuxième cas, le malade est âgé de vingt-cinq ans. Le 1er octobre, il commence à tousser un peu, et, quelques jours après, il a une diarrhée légère qui dure trois semaines. Au bout de ce temps, apparaissent des vomissements exclusivement alimentaires qui persistent jusqu'au 28 octobre, c'est-à-dire pendant cinq ou six jours.

Depuis trois jours, la constipation a succédé à la diarrhée.

Le 29 octobre : douleur subite dans le ventre, dans la région sous-ombilicale avec prédominance dans la fosse iliaque droite. On constate un vomissement bilieux. Le malade qui a travaillé jusqu'à la veille au soir, vient à pied le mercredi 29 à l'hôpital ; il entre chez M. Œttinger. On constate un ballonnement léger du ventre, surtout dans la partie inférieure, avec douleur et défense musculaire. Température, 39°9.

Le jeudi 30 octobre : temp., 39 degrés, pouls, 116, mêmes signes ; rate petite, pas de taches rosées.

Quelques râles dans la poitrine.

Opération le jeudi 30, à 5 heures du soir.

Longue incision verticale latérale à la cocaïne locale. Je constate l'existence d'une péritonite purulente généralisée, avec gros foyer dans le bassin en dedans et en dehors du cœcum. L'appendice est injecté et dur, je le respecte.

En dévidant l'intestin grêle, je trouve à 40 centimètres du cœcum, une perforation à bords taillés à pic, siégeant sur la convexité, au centre d'une plaque ecchymotique noirâtre du diamètre d'une pièce de 20 centimes.

Après coprostase, j'excise les tissus malades et je suture la perforation par deux étages d'agrafes rondes. Je termine en drainant le péritoine avec quatre lames de caoutchouc.

On constate les jours suivants la réaction positive du séro-diagnostic. La suppuration de l'abdomen augmente, le ballonnement s'accroît ; le malade est pris d'une congestion pulmonaire sérieuse, la température reste élevée.

Il meurt le 7 novembre 1902.

A l'autopsie, on constate des lésions de péritonite généralisée. Sous l'influence de l'énorme distension des anses, les sutures ont déchiré

les tissus, la perforation s'est donc reproduite. Lésions typhiques nettes sur la muqueuse intestinale.

Sans l'examen clinique très fouillé de M. Œttinger, on aurait pu croire à une appendicite, et méconnaître une perforation intestinale. Il est regrettable que l'opération ait été faite trop tard. Ici, comme dans le cas précédent, la péritonite paraît s'être faite en deux temps; dans un premier temps, péritonite par contiguité qui dure cinq jours; à ce moment, la perforation se fait, et le tableau s'assombrit subitement.

Il est à regretter que l'opération n'ait pas pu être faite dans les premières vingt-quatre heures; on aurait eu ainsi plus de chances de sauver le malade.

Dans ma troisième observation, il s'agit encore d'un sujet jeune (seize ans). Ce garçon avait toujours joui d'une bonne santé; il n'a eu dans ces derniers temps ni maux de tête, ni épistaxis, ni vomissements, ni inappétence, ni constipation.

Le dimanche 2 novembre, il a joué au foot-ball; il n'a pas reçu de coup dans le ventre, et a fortement dîné le soir en rentrant.

Dans la nuit, à 3 heures du matin, il est réveillé par une douleur violente dans le ventre, il a deux vomissements alimentaires et une selle. Le lendemain, 3 novembre, on le met à la glace; il a encore un vomissement.

Il entre à Broussais le mardi 4 novembre : il se plaint d'une douleur diffuse dans le ventre, avec maximum dans la fosse iliaque droite. On constate que le ventre est légèrement distendu, nivelé, sans saillies musculaires; pas d'empâtement dans la fosse iliaque. Pouls à 96, régulier, bien frappé, langue humide et blanche.

Vomissement bilieux abondant à 4 heures du soir; température 39°8, pouls 112. Second vomissement semblable à minuit. Nuit calme.

Mercredi matin 5 novembre : température 37°4, pouls 98 bien frappé; ventre légèrement nivelé.

Malgré la bénignité apparente des symptômes, je pose le diagnostic de péritonite généralisée; et je porte un pronostic sombre, en raison de la pâleur et de l'amaigrissement du malade.

Opération le 5 novembre. — Cocaïne locale, incision verticale latérale. Péritonite purulente généralisée. L'appendice est long, contourné, très congestionné, non perforé. A 50 centimètres du cœcum on trouve dans l'intestin grêle, au voisinage du mésentère, une petite perforation de 3 millimètres de diamètre qui est oblitérée par deux étages d'agrafes rondes.

Le péritoine est nettoyé avec des éponges. Drainage avec des lames de caoutchouc. Le malade meurt dans la nuit du 6 au 7 novembre.

A l'autopsie, la suture intestinale est hermétique; le péritoine ne contient pas de pus. Sur le dernier mètre de l'intestin grêle on voit des

nodules de psorentérie et des saillies ecchymotiques comme des pois ressemblant à des infarctus; les plaques de Poyer ne sont pas altérées. On trouve des lésions analogues sur l'estomac; les reins sont pâles et leur bassinet contient un peu de pus.

Le foie est gros avec des taches jaunâtres de dégénérescence graisseuse. La nature de la perforation paraît difficile à déterminer, étant donné que le séro-diagnostic a été négatif et que les plaques de Peyer, étaient indemnes.

Il est bon de remarquer ici que l'appendice paraissant très malade, il semblait indiqué de le réséquer, et de ne pas dévider l'intestin. Instruit par le cas précédent, j'ai laissé l'appendice et j'ai dévidé l'intestin; ce qui m'a permis de trouver la perforation.

Si le malade n'avait pas été opéré, la perforation aurait pu être méconnue même après autopsie; on aurait pu croire à une déchirure de l'intestin par les tractions ou par un coup de ciseaux ou de bistouri.

Ajoutons que si le malade avait été opéré le premier jour après sa perforation, il aurait eu beaucoup de chances de guérir.

Les faits précédents motivent quelques considérations complémentaires:

Les malades en question présentaient les signes habituels de l'appendicite, mais leurs antécédents étaient un peu anormaux : chez les deux premiers un peu de diarrhée; chez le troisième, absence de constipation. Or, la constipation est à peu près constante dans les antécédents de l'appendicite; son absence doit nous induire à penser que le diagnostic d'appendicite est loin d'être certain.

Dans la deuxième observation, M. Œttinger et moi avions diagnostiqué, non sans réserves, une perforation typhoïde.

Une fois l'esprit orienté dans ce sens il est bien clair qu'on ne doit pas se contenter d'explorer l'appendice mais que le dévidement de l'intestin grêle s'impose. On objectera le danger de contaminer le péritoine : je pense comme M. Poirier que ce danger est nul; si la péritonite est généralisée, le dévidement ne peut que faciliter la détersion du péritoine; s'il y a des abcès collectés, il n'y a aucun danger à dévider, si on a au préalable asséché tous les foyers: le dévidement a même l'avantage de révéler les foyers qui sans lui auraient pu rester méconnus.

Notre troisième observation est particulièrement intéressante en ce sens que j'ai fait le dévidement sans aucun motif autre que la pensée qu'une perforation pouvait bien exister chez le malade aussi bien que chez les deux autres ; la constatation des lésions sérieuses de l'appendice ne m'arrêta pas : je dévidai quand même,

sans raisons valables en apparence, et je trouvai une perforation intestinale.

On ne peut s'empêcher à propos de ces faits, de penser que des cas pareils invitent singulièrement à l'opération précoce, puisque chaque heure augmente en pareil cas l'inondation septique du péritoine.

Il est probable aussi que je n'ai pas des malades différents de ceux de mes collègues, et que bien des cas semblables ont dû leur passer entre les mains sans être reconnus. Il est probable que bon nombre de cas de mort après les opérations à chaud s'expliquent par des perforations intestinales méconnues.

Ces perforations sont toujours méconnues quand on ne fait pas l'autopsie ; alors même qu'on la fait on peut les méconnaître encore, en confondant l'épanchement stercoral avec une suppuration putride, ou bien en attribuant la perforation à un accident nécropsique (déchirure par traction ou par coup de ciseaux).

Dans nos deux premiers cas les lésions d'appendicite s'expliquent et par l'infection typhoïde qui porte sur l'appendice comme sur les parties voisines du tube digestif, et aussi par les lésions de péritonite par perforation.

Dans la troisième observation on peut discuter si l'appendicite était contemporaine des lésions de l'intestin grêle, si elle était la conséquence de la péritonite, ou enfin si c'est l'appendicite qui a provoqué des lésions infectieuses de l'intestin. Il me paraît plus vraisemblable que l'appendice et l'intestin ont été atteints simultanément par le même processus.

De ce qui précède nous tirerons les enseignements suivants :

Les perforations de l'intestin grêle (typhoïdes ou autres) peuvent s'observer chez des malades qui présentent des signes cliniques et même des lésions macroscopiques d'appendicite.

Ces perforations doivent être recherchées systématiquement au cours de toute opération d'appendicite et suturées immédiatement.

Ces perforations de l'intestin expliquent un bon nombre des cas de mort par appendicite.

Elles sont un argument de plus en faveur d'une intervention aussi précoce que possible.

M. Lejars. — A l'heure présente, à la fin d'une si longue discussion, il faudrait une confiance en soi, qui me manque totalement, pour se flatter de retenir encore votre attention, et je n'aurai pas la mauvaise grâce de vous exposer plus longuement mon état d'âme et de vous narrer par la même mes histoires, petites ou grandes, et les écoles que j'ai dû faire — comme tout le monde.

Je me contenterai d'ajouter quelques réflexions brèves à la statistique des opérations d'appendicite que j'ai pratiquées depuis la fin de 1899.

J'ai opéré, depuis lors, 112 appendicites : 69 à froid, sans mortalité ; 43 à chaud, avec 13 morts. Ce qui ne veut pas dire que j'ai vu 112 appendicites à leur début, que j'en ai « refroidi » avec succès et opéré ensuite 69, ou opéré d'emblée 43. Non, pour moi, comme pour beaucoup d'autres de nos collègues, je pense, qu'à côté des malades suivis dès le premier jour et opérés à notre heure, il y en a beaucoup d'autres que nous ne voyons, en quelque sorte, que pour les opérer, soit que leur crise appendiculaire ait eu lieu à quelque temps de là, soit qu'on nous appelle en pleine crise aiguë, déjà avancée, et dans une situation grave, où l'opération s'impose, sans que nous puissions avoir la responsabilité du traitement. C'est même l'origine trop souvent disparate de nos cas opérés qui enlève une part de signification aux statistiques, et c'est là ce qui constitue, pour moi, l'importance indiscutable de la série des faits apportés ici par mon maître et ami M. Jalaguier, tous observés par lui dès le début et jusqu'à la fin. Cette dernière statistique n'a point eu d'ailleurs sa contre-partie : il faudrait pour cette contre-épreuve un pareil nombre de cas, opérés d'emblée, dans les premières vingt-quatre heures. Cette expérience comparative, elle n'a point été faite encore, ni ne le sera, sans doute pas, à bref délai. Aussi ne peut-on raisonnablement mettre en parallèle les résultats des opérations à chaud, dans les conditions où nous sommes forcés de les faire, et ceux de l'opération à froid.

L'opération à froid n'a pas de mortalité, pourrait-on dire, et, sous ce rapport, elle peut être rapprochée de la cure radicale de la hernie ; on a eu des morts, après l'une et l'autre intervention, mais ce sont des malheurs tout exceptionnels. Au contraire, la mortalité reste élevée après les opérations à chaud ; pour ma part, je vous apporte quarante-trois faits, avec treize morts, mais, sur ce nombre, il y a sept péritonites généralisées, une mort d'urémie chez un vieillard, et les autres malades ont tous été opérés tardivement, avec des suppurations considérables.

Je me refuse donc, quant à moi, à suivre aucune formule unique et toute faite. Je crois que nous manquons encore et de l'élément scientifique et du signe clinique qui nous permettraient d'augurer, de façon certaine, dès le début, de l'évolution et de la gravité d'une appendicite ; l'élément scientifique, ce serait la notion de la virulence du processus appendiculaire qui commence et de la résistance locale et générale de l'organisme ; peut-être l'hématologie nous donnera-t-elle plus tard, dans ce sens, quelques indications plus précises ; le signe clinique, qui serait pathognomo-

nique de la gravité, nous ne l'avons pas non plus. Pour moi, c'est le pouls qui me guide le plus souvent, mais je reconnais qu'on s'exposerait parfois à de cruels mécomptes en s'y remettant à lui seul.

Dans ces conditions, j'estime que, si la méthode du refroidissement légitime, si je m'y rattache, elle n'est applicable que sous la réserve d'une surveillance étroite et réelle, et d'une opération immédiate, à la moindre alerte. Pour appliquer ou poursuivre le traitement d'immobilisation je tiens, quant à moi, à n'avoir aucune arrière-pensée, à ce que tout ce que j'observe cadre bien avec l'idée d'une forme bénigne et localisée : le moindre doute doit se traduire, à mon sens, par l'opération, à quelque stade que l'affection soit parvenue.

Enfin je pousse jusqu'aux dernières limites l'opérabilité, et je ne refuse jamais la dernière ressource d'une intervention quelque précaire soit-elle, aux très mauvais cas, aux péritonites généralisées, aux formes hyposeptiques. Il m'importe peu de noircir ma statistique, s'il est possible de sauver encore de temps en temps quelque malade condamné et désespéré — car, de fait, on obtient parfois de ces guérisons presque inexplicables. Il y a trois mois, j'ai opéré ainsi une pauvre jeune femme, algide, violacée, sans pouls, à peu près agonisante ; je n'ai jamais vu tant de pus dans un ventre ; il remplissait toute la zone sous-ombilicale et fusait par en haut jusque derrière le côlon transverse ; je fis trois grandes incisions, je lavai et je laissai tout béant ; mon opérée guérit, — et pourtant, malgré ma volonté d'intervenir jusqu'à la fin, j'avais hésité d'abord, croyant bien qu'elle succomberait entre mes mains.

En résumé, s'il faut sacrifier au goût du jour et m'inscrire à un parti, je suis opportuniste, mais non opportuniste mal discipliné, et tout prêt à aller de l'avant.

M. Terrier. — J'estime que dans cette discussion on s'appuie en général sur des faits exclusivement personnels, ce qui ne prouve pas grand'chose, et chacun restera sur ses positions, gardant son opinion.

Je vais vous donner la statistique des opérations faites à la Pitié dans mon service, soit par mon assistant chef de clinique, soit par mes internes, soit par mes suppléants.

J'ai divisé les appendicites en trois espèces :

1° Celles qui doivent être opérées d'urgence ;
2° Celles opérées à chaud ;
3° Celles opérées à froid.

Statistique des appendicites opérées au cours des années 1900, 1901, 1902.

Année 1900. — *Appendicites* :

1° Opérées d'urgence : **16**.

5 incisions pour appendicite suppurée, avec ablation de l'appendice.	5 G.	
1 incision pour appendicite suppurée, sans ablation de l'appendice.	1 G.	
5 péritonites appendiculaires.	3 G.	2 M.
2° Opérées à chaud : **6**.	6 G.	
3° Opérées à froid : **19**	19 G.	

Annnée 1901. — *Appendicites* :

1° Opérées d'urgence : **14**.

9 appendicites, avec abcès rétro-cœcal, ablation de l'appendice	9 G.	
2 appendicites, incision sans ablation de l'appendice.	2 G.	
1 appendicite opérée deux heures après le début .	1 G.	
2 appendicites avec suppuration non limitée. . . .	1 G.	1 M.
2° Opérées à chaud : **7**.	7 G.	
3° Opérées à froid : **17**.	17 G.	

Année 1902. — *Appendicites* :

1° Opérées d'urgence : **9**.

8 abcès appendiculaires, drainage	8 G.	
1 avec péritonite diffuse		1 M.
2° Opérées à chaud : **4**.	3 G.	1 M.
3° Opérées à froid : **25**.	24 G.	1 M.

Total : d'urgence	**39**	**4** Morts.	10,25 p. 100
— : à chaud	**17**	**1** Mort.	5,88 —
— : à froid	**61**	**1** —	1,63 —
Soit. . .	**117**	**6** Morts.	5,12 —

Communication.

Lipome volumineux développé aux dépens d'une frange épiploïque de l'S iliaque.

Par M. MALAPERT.

J'ai l'honneur d'apporter à la Société l'observation d'une malade atteinte de *lipome volumineux développé aux dépens d'une frange épiploïque de l'S iliaque.*

L'histoire clinique de cette malade est des plus simples. C'est

une femme de trente-huit ans bien constituée et n'ayant aucun antécédent pathologique.

Quand je la vis pour la première fois, au mois de septembre 1901 elle avait l'abdomen volumineux et se plaignait seulement de la gêne causée par cette augmentation de volume de son ventre ayant débuté dix-huit mois auparavant. Elle ne présentait aucun symptôme anormal du côté de ses règles; qui étaient normales et comme durée et comme abondance ; elles étaient régulières.

Son ventre, très gros, permettait de sentir une tumeur volumineuse, mate et fluctuante présentant plusieurs lobes dont un beaucoup plus gros que les autres. Cette tumeur médiane était mobile et le toucher vaginal montrait qu'elle était indépendante de l'utérus. La palpation ne réveillait aucune douleur.

Je fis le diagnostic, kyste multilobulaire de l'ovaire.

A l'ouverture du ventre, pratiquée le 6 septembre 1901, je me trouvai en présence d'une tumeur jaunâtre, lisse, absolument libre dans l'abdomen; ou du moins présentant seulement une adhérence avec le grand épiploon à sa partie supérieure. Après section de cette adhérence qui renfermait de grosses veines très dilatées la tumeur s'énucléa facilement et me permit de constater l'existence d'un petit pédicule gros comme une plume d'oie environ, qui l'unissait au bord libre de l'S iliaque.

J'enlevai la tumeur après section et ligature de ce petit pédicule Les suites opératoires furent normales, la guérison se fit sans incident.

Depuis cette époque la malade eut une grossesse terminée sans accident au mois de décembre dernier.

La tumeur, multilobée présentait un gros lobe auquel étaient accolés d'autres lobes d'un volume moindre. Elle pesait 6.650 grammes et était constituée par du tissu adipeux.

Les recherches bibliographiques que j'ai faites m'ont permis de retrouver plusieurs cas de lipomes de l'intestin, mais ces cas ont trait à des lipomes faisant saillie dans l'intestin. (Thèse A. Clos, Paris 1883 ; Tuffier, *Progrès médical*, 1882 ; Moral, *Société anatomique*, décembre 1876 ; Gross, contribution à l'étude des lipomes de l'intestin, *Wiener Klinische Wochenschrift.*)

M. Porak, en 1875, a présenté à la Société anatomique deux tumeurs de 2 millimètres de diamètre implantées sur la partie moyenne du grand épiploon et M. Boiffin, en décembre 1886, a présenté également un lipome du grand épiploon du volume d'une rate.

En 1890, M. Bolluton a présenté une masse graisseuse, grosse comme une noix fixée à la surface convexe du lobe droit du foie qu'il considère comme une frange épiploïque hypertrophiée,

détachée de son pédicule et fixée entre le foie et le diaphragme

MM. Nattan-Larier et Roux ont présenté à la même Société, en 1897, un lipome de 6 millimètres de long sur 3 de large réuni par un mince pédicule à la face postérieure du duodénum.

Enfin Jakson a publié dans les mémoires de la Société de Gynécologie américaine de septembre 1890 une observation de lipome abdominal simulant une tumeur ovarique. Je n'ai pu me procurer cette observation.

Le cas que je viens d'avoir l'honneur de vous soumettre me semble devoir être assez rare.

Rapport.

Oblitération de l'urètre par une valvule congénitale en forme de diaphragme. — Résection. — Guérison, par M. BONNET, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Rapport par M. BAZY.

Le docteur Bonnet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, nous a lu, dans une de nos dernières séances, une observation trop importante pour que je n'aie pas hésité à la reproduire presque en entier.

Elle se rapporte, en effet, à une question que je cherche à élucider et à vérifier depuis longtemps, celle du rétrécissement congénital de l'urètre.

L'opération qu'a faite M. Bonnet est une véritable biopsie qui vient résoudre, au point de vue anatomique, une question qui, pour moi, n'était résolue qu'au point de vue clinique; elle fournit de mes constatations cliniques une vérification qui doit faire dorénavant rentrer le rétrécissement congénital de l'urètre dans le domaine des données positives et acquises de la pathologie urinaire.

Voici l'observation qui a fait le sujet de la lecture de notre confrère.

Un jeune soldat entre à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce parce qu'il perd constamment son urine qui souille son linge, ses vêtements, sa literie.

Cette incontinence, qui date déjà de plusieurs mois, a été précédée par une dysurie qui remonte à l'enfance : car cet homme dit que toujours il a été obligé d'uriner avec effort et qu'il a toujours mis plus de temps à uriner que ses camarades.

Vers l'âge de dix-huit ans, il aurait rendu de petits graviers

qui s'arrêtaient dans le canal, arrêtaient le jet d'urine, l'obligeaient à un effort plus violent qui expulsait le calcul, et la miction se rétablissait. Les crises de rétention se reproduisaient depuis quelques temps avec beaucoup de fréquence et c'est même pour une de ces crises que le malade est envoyé dans le service du Dr Bonnet.

L'exploration du canal révèle un fait important : tous les instruments sont arrêtés au même niveau, c'est-à-dire la partie la plus reculée de l'avant-canal; il faut déprimer les parties molles du périnée pour sentir l'extrémité de l'instrument.

C'est donc dans la région bulbaire, en avant de la portion membraneuse et au voisinage de cette portion membraneuse, que se trouve l'obstacle.

Il n'y a ni induration, ni nodosités.

Tous les instruments s'arrêtent au même point. Le canal était libre dans toute son étendue depuis le méat jusqu'à l'obstacle, sans inégalités ni ressauts.

D'autre part, par le toucher rectal, on sent que l'extrémité de la sonde est arrêtée en plein périnée à une notable distance du bec de la prostate.

Jamais on n'a senti aucun instrument s'engager dans un rétrécissement ni être serré par lui.

Tous ces signes, y compris l'absence de toute espèce d'antécédents urétraux, firent porter au Dr Bonnet le diagnostic de rétrécissement congénital de l'urètre par valvule, dans la région bulbaire du canal, non loin de la portion membraneuse.

Il n'y avait qu'une chose à faire : l'ouverture de l'urètre, la mise à découvert de l'obstacle et son ablation. C'est ce qu'a heureusement fait M. Bonnet, et voici ce qu'il a constaté, dès que l'urètre a été ouvert sur un Béniqué préalablement introduit et dont l'extrémité butait contre l'obstacle.

Je transcris ici la relation de cette partie de l'opération, à partir du moment où l'urètre a été ouvert.

Ecartant alors avec deux pinces les lèvres de la plaie urétrale, je constate la disposition suivante que je fais contrôler par M. le médecin principal Pierrot, par M. le professeur Mignon et par les assistants :

L'extrémité du Béniqué, poussée doucement et maintenue par un aide, repose sur une sorte de membrane qu'elle déprime légèrement, et qui la retient.

Cette membrane occupe toute la lumière du canal, se continue par sa périphérie avec la paroi urétrale, et on oblitère le calibre, comme ferait un diaphragme.

Le Béniqué peut la déprimer en cul-de-sac, mais non l'étaler, ni la déplisser.

Quand on a retiré l'instrument, la membrane apparaît molle et non tendue; elle semble formée par l'adossement de deux muqueuses; elle présente, dans la position opératoire, une face supérieure et une face inférieure de coloration rosée ayant l'aspect et la coloration de la muqueuse urétrale avec laquelle elle se continue par sa périphérie; son insertion à la paroi inférieure de l'urètre a été intéressée par le bistouri et présente un bord saignant.

Cette valvule est extrêmement mince et son épaisseur est comparable à celle de la muqueuse préputiale.

Au-dessus c'est-à-dire en avant, de la valvule, la portion bulbaire du canal est absolument normale. (On y remarque, sur la portion étalée à la faveur de l'incision, deux orifices, de lacunes ou de cryptes glandulaires, de part et d'autre d'une crête médiane rappelant quelque peu les orifices des canaux éjaculateurs de chaque côté du vérumontanum.)

Au dessous c'est-à-dire en arrière de la valvule, l'urètre est très dilaté, et offre, par le fait de la section opératoire, l'aspect d'une petite poche à bords godronnés qui admet très facilement l'index.

A la faveur de cette introduction, celui-ci reconnaît la consistance de la protaste dans la profondeur.

Ces constatations rendaient bien compte de tous les phénomènes cliniques présentés par le malade : obstacle mou et dépressible mais infranchissable aux instruments explorateurs. Il est représenté par une valvule dans la région bulbaire, près de la portion membraneuse de l'urètre expliquant la dysurie; dilatation de l'urètre membraneux par la répétition des efforts d'expulsion; comme conséquence, perte de sa tonicité donnant lieu à l'incontinence; tout s'éclaircit.

Quant au pertuis qui donnait encore passage à l'urine, il nous a échappé, à cause sans doute de son étroitesse et de sa situation excentrique que la section opératoire avait sans doute intéressée.

Pour enlever cette valvule, il suffit de la réséquer à la limite même de son insertion périphérique.

Puis passage d'une sonde à demeure, et restauration de l'urètre; suture de la paroi urétrale dans toute la longueur de la plaie par des points séparés au catgut 00 qui comprennent avec l'urètre sa doublure bulbo-musculaire; un deuxième plan de sutures au catgut réunit les éléments cellulo-aponévrotiques superficiels pour supprimer tout espace mort; suture de la peau au crin de Florence sans drainage.

La libre évacuation de la vessie est assurée par la sonde à demeure.

J'abrège les suites opératoires qui n'ont rien présenté de saillant; après deux jours de sonde à demeure, le malade urine librement.

30 *mai*. — Au bout d'une semaine, ablation des fils; réunion parfaite.

L'urètre fonctionne bien et le malade a la satisfaction de pouvoir pisser à plein canal.

Pendant quelques semaines, notre opéré présente encore quelques défectuosités dans la miction, attribuables en somme au peu de tonicité du spincter urétral.

C'est ainsi que le besoin est impérieux et doit être satisfait aussitôt

que ressenti, sous peine de voir quelques gouttes s'échapper prématurément.

De même les dernières gouttes sont lentes à s'écouler et souillent sa chemise s'il n'a soin d'aider à l'expression du canal.

20 *juin*, c'est-à-dire un mois après l'opération. — Exploration du canal :

Il admet facilement d'abord une sonde de gomme n° 18 Filière Charrière; puis une bougie de gomme n° 22 parcourt le canal sans difficulté.

20 *juillet*. — Deux mois après l'intervention :

Plus de trace d'incontinence entre les mictions. Le canal admet les bougies n° 20 et 22. Capacité vésicale supérieure à 300 grammes. Sphincter urétral parfaitement suffisant.

Le malade pisse d'un jet vigoureux et projette l'urine de façon normale.

Cicatrice périnéale souple et indolente.

Le malade, aujourd'hui cavalier de remonte à l'École de Saint-Cyr, m'avait déjà écrit toute la satisfaction qu'il ressent de son opération.

Je l'ai fait venir au Val-de-Grâce et ai renouvelé hier (six mois après l'intervention) les constatations précédentes.

La cure de son infirmité me semble donc complète et définitive.

« Telle est, ajoute le Dr Bonnet, dans ses détails essentiels, l'observation que j'ai pu recueillir, et dont quelques points m'ont semblé dignes d'intérêt.

« D'abord le siège insolite de la malformation, la difficulté qui en résultait pour le diagnostic, et le trouble grave apporté par une aussi petite lésion à une fonction de cette importance; enfin, le mode de traitement qui a pu être institué, et qui a amené le rétablissement de cette fonction. »

Notre jeune confrère fait suivre la relation ci-dessus des réflexions suivantes :

L'existence de pareille malformation est évidemment un fait exceptionnel. Car, s'il existe nombre d'observations de valvules urétrales plus ou moins développées siégeant à l'union du gland et de la portion pénienne, nous n'avons rencontré dans la littérature moderne aucune observation suivie d'intervention pour valvule située dans la partie profonde de l'urètre antérieur.

Aucun fait comparable ne semble s'être offert non plus aux recherches des anatomistes les plus récents.

Nous savons d'ailleurs que des cas comparables, bien que restés à l'état d'ébauche, ont pu être observés par les chirurgiens qui ont une longue pratique de l'exploration urétrale, et, si leur sagacité n'avait pu être mise en défaut, au moins leur avait-il manqué jusqu'ici la constatation précise de l'état anatomique des lésions soupçonnées.

Notre observation comble donc cette lacune.

Elle ouvre de plus un nouveau chapitre à l'histoire déjà si riche des

incontinences d'urine, et démontre une fois de plus la nécessité des explorations complètes en pareil cas.

Lorsque M. Bonnet me fit part de cette observation et de l'opération qu'il a si bien conduite, je n'hésitai pas à reconnaître avec lui une anomalie congénitale et je lui demandai de la publier à la Société de Chirurgie parce qu'elle me fournissait la démonstration péremptoire et authentique de faits cliniques que j'ai observés depuis longtemps.

Les faits auxquels je fais allusion sont des faits de *rétrécissements congénitaux de la région bulbaire du canal.*

Les rétrécissements congénitaux du méat et de la fosse naviculaire sont connus depuis longtemps et traités comme il convient.

Ce sont là des rétrécissements de la partie antérieure du tubercule génital et de la gouttière uro-génitale aux dépens de laquelle se forme la portion spongieuse du canal de l'urètre mâle.

Je n'y insisterai pas, pas plus que sur les symptômes auxquels ils donneraient naissance, suivant quelques auteurs, et dont un grand nombre, suivant moi, ne leur est pas imputable.

Au contraire, les rétrécissements congénitaux de la région postérieure de cette partie spongieuse de l'urètre, ou plutôt du point au niveau duquel elle se soude avec le conduit uro-génital, ne sont pas décrits : pour ce qui me concerne, je les ai observés depuis longtemps sous forme de bride donnant une sensation de ressaut très nette quand on explore un urètre avec la bougie à boule ; ces rétrécissements, ces brides représentent un vestige de la partie antérieure de la membrane cloacale, qui obture le canal uro-génital, d'où le nom de membrane uro-génitale.

Cette membrane sépare, comme on le sait, le conduit uro-génital de la gouttière uro-génitale ; aux dépens du premier se développent chez l'homme la portion de l'urètre prostatique qui est en avant des canaux éjaculateurs, la portion membraneuse et la portion bulbeuse ; aux dépens du second se développe la portion spongieuse de l'urètre chez l'homme.

C'est bien dans cette région qne le D[r] Bonnet a trouvé sa valvule.

C'est dans cette région, en avant de la portion membraneuse dans la portion bulbaire de l'urètre, que, moi aussi, j'ai senti le ressaut.

Voici quelques exemples que j'ai pu retrouver dans mes fiches.

1° D... (Maurice), quatorze ans, hôpital Tenon 1896, n° 3 du registre des entrées.

Vient à l'hôpital pour incontinence nocturne d'urine datant de sa

naissance. Il urine au lit toutes les nuits. Il a aussi des coliques qui paraissent coïncider avec des émissions de sable qui troublent ses urines.

Il est aussi porteur d'un phimosis congénital.

Exploration. — Le n° 14 passe facilement dans toute la région antérieure du canal; douleur en franchissant l'urètre membraneux.

Au retour, on sent un ressaut très net paraissant siéger à 1 centimètre en avant du sphincter membraneux.

2° G... (Eugène), n° 905 du registre de la consultation à l'hôpital Saint-Louis, 1898.

Vient consulter pour incontinence d'urine datant de trois ans, disent ses parents.

L'urine tache la chemise en rouge quelquefois.

Exploration, n° 11 filière Charrière. — Méat étroit, mais dilatable.

Sensation de ressaut en avant de la portion membraneuse à l'aller et au retour : la bougie est légèrement serrée en traversant la région membraneuse.

3° T... (Eugène), vingt-sept ans, n° 997 du registre de la consultation. — Incontinence nocturne, intermittente. La plus longue intermittence a été de cinq mois.

A pu faire son service militaire, quoique son incontinence n'ait pas été arrêtée.

Urine au lit à nouveau depuis quelques jours; n'avait pas uriné depuis trois ans.

Urine le jour toutes les deux heures.

Jamais de blennorragie ni d'écoulement.

Exploration, n° 16. — Ressaut en avant de la portion membraneuse

4° F... (Albert), charretier, vient consulter pour une gêne de la miction et des envies d'uriner fréquentes et dit être obligé de faire des efforts violents pour uriner.

Il n'a aucune lésion extérieure, sauf un varicocèle gauche.

Réflexes rotuliens et crémastériens normaux.

Réflexes pharyngiens abolis.

Pas d'antécédents urinaires, ni écoulement, ni échauffement.

A l'exploration, le canal est normal jusqu'à la portion membraneuse où on est arrêté par un spasme.

Après cocaïnisation, on peut introduire un n° 18 et au retour on a deux sensations distinctes: 1° la sensation du passage au travers du sphincter membraneux, puis une sensation de résistance par vive arête.

5° T... quarante-six ans, journalier. — M'est envoyé par mon collègue Lacombe pour une bacillose urinaire.

Il n'a jamais eu de blennorragie, ni échauffement, ni écoulement. Néanmoins le n° 19 passe avec un petit ressaut en avant de la portion membraneuse.

6° C... (Paul), quinze ans, pâtissier, n° 1905 du registre de la consultation, vient consulter à l'hôpital Beaujon, le 5 janvier 1903.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Vient pour inconti-

nence nocturne d'urine. Le jour, le malade est parfaitement maître de ses mictions.

Pas de douleurs lombaire, ni urétrale. Ne présente aucun symptôme nerveux.

Réflexe patellaire exagéré, pupillaire normal. Pas de réflexe pharyngien.

Aucun antécédent urinaire. Verge volumineuse.

Exploration : le n° 17 passe facilement; au retour, on sent la pression de la portion membraneuse, puis un ressaut assez brusque, on décide de le dilater à partir du n° 17.

6 *janvier*. — Il a uriné moins dans son lit. Il passe le n° 20.

Il ne revient pas; probablement l'incontinence n'est pas revenue.

Tous ces exemples me permettent d'esquisser une symptomatologie rudimentaire de cette malformation, surtout quand elle est légère.

Les cas avancés, comme ceux du Dr Bonnet, dans lesquels la membrane cloacale semble persister tout entière, ont une symptomatologie trop grossière pour passer inaperçue. C'est la symptomatologie des rétrécissements serrés de l'urètre, soit blennorragiques, soit traumatiques.

Au contraire, les accidents auxquels donne lieu le rétrécissement congénital ébauché, la bride congénitale, sont beaucoup plus vagues.

Si nous voyons ici aussi l'effort jouer un certain rôle, si nous voyons dans une observation un malade accuser la nécessité de faire des efforts pour uriner, nous pensons qu'il s'agit ici d'un fait isolé, d'un fait contingent et lié plutôt à un état nerveux du sujet qu'à la malformation.

Au contraire, un symptôme qui paraît plus fréquent, c'est l'incontinence nocturne d'urine.

Celle-ci paraît bien liée à la présence de la bride congénitale. Suffit-elle, toutefois, à déterminer cette incontinence? c'est possible, mais cela est difficile à démontrer. Dans une au moins de nos observations, mettant à part celle où il existe de la tuberlose, cette incontinence nocturne n'est pas signalée.

C'est qu'elle me paraît exiger pour se produire la participation d'un état nerveux particulier, qui, insuffisant pour produire à lui tout seul cette incontinence, la produit toutefois quand il a comme adjuvant une bride, un rétrécissement, si léger soit-il.

Je n'en veux pour preuve que les cas d'incontinence nocturne consécutifs à l'étroitesse congénitale de la partie antérieure de la portion spongieuse du canal, c'est-à-dire du méat et de la fosse naviculaire.

Voici, en effet, deux observations tirées de la thèse de mon

élève Larroumets, où cette influence est bien démontrée (Larroumets, *Thèse* de Paris, 1899, n° 361).

Obs. I. — *Incontinence d'urine par étroitesse congénitale du méat.*

N... L..., ornemaniste, entre dans mon service à l'hôpital Tenon, salle Monthyon n° 8, le 4 décembre, 1896.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique. Sœur bien portante mais qui a eu de l'incontinence d'urine jusqu'à l'âge de quatorze ans.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à l'âge de six ans. Depuis le malade perd ses urines inconsciemment pendant la nuit.

Pas de blennorragie ni d'autres maladies des voies urinaires.

La miction involontaire se produit trois ou quatre fois par nuit.

Le jour les mictions sont fréquentes mais peu impérieuses.

L'expérience des trois verres fait constater que l'urine des trois verres est très claire, avec quelques filaments dans le premier (?).

A l'examen de la verge, le méat paraît extrêmement rétréci.

On passe avec difficulté une sonde n° 14.

Le simple lavage de l'urètre détermine le besoin d'uriner. De même la vessie tolère mal le liquide injecté, et à peine a-t-on introduit 60 grammes à travers une sonde que cette dernière est repoussée.

5 *décembre.* — Méatotomie, après cocaïnisation, section du méat avec la bascule de Civiale. On met à demeure un petit crayon d'iodoforme.

L'amélioration est manifeste dès la première nuit du 5 au 6.

Au lieu de trois ou quatre fois comme cela arrivait toutes les nuits il n'urine qu'une seule fois dans son lit.

Dans la nuit du 6 au 7, il ne perd pas une seule fois ses urines.

De même pendant les nuits suivantes.

Il sort le 10 décembre.

On recommande au malade de venir à l'hôpital si l'incontinence reparaît.

Il n'est pas revenu, ce qui semble indiquer que la guérison est définitive.

Obs. II. — *Incontinence nocturne d'urine. Atrésie du méat.*

C... L..., quinze ans, vient à ma consultation des voies urinaires du 11 février 1898.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère très nerveuse, frère bien portant.

Antécédents personnels. — Quelques convulsions dans la première enfance.

Depuis sa naissance il urine toute les heures et il ajoute que le besoin est si impérieux qu'il est obligé de le satisfaire immédiatement : il lui arrive même parfois de mouiller ses vêtements.

Urine au lit deux fois par nuit en moyenne.

Urines claires, pas de gravier.

Le méat est très rétréci, le n° 10 passe difficilement.

11 *février* 1898. — Méatotomie au bistouri ; on laisse à demeure un petit crayon d'iodoforme.

12 *février*. — Dans la nuit, n'a pas uriné au lit.

Dans le jour, il peut rester quatre ou cinq heures sans uriner.

16 *février*. — Le malade est resté six heures sans uriner. De plus, quand il éprouve le besoin d'uriner; il peut retenir ses urines pendant un certain temps.

19 *février*. — Le malade sort de l'hôpital. On lui recommande de revenir dans un mois à la consultation.

20 *mars*. — Il revient à la consultation et déclare n'avoir pas depuis la méatotomie, uriné une seule fois dans son lit.

Le jour, il urine quatre ou cinq fois. La miction n'a aucun caractère impérieux ni pressant.

15 *avril*. — Revient à la consultation suivant la recommandation qui lui a été faite. La guérison s'est maintenue.

Dans le premier de ces cas, je dois signaler l'irritabilité extrême de l'avant canal qui n'avait pas supporté le contact d'un simple jet d'eau boriquée sans qu'immédiatement la vessie ait manifesté le besoin d'uriner sans pouvoir y résister. C'est cette irritabilité qui m'a fourni la pathogénie de cette incontinence d'urine : il a été évident pour moi que cette étroitesse relative du méat favorisait le séjour d'une minime quantité d'urine dont la présence mettait en jeu cette excitabilité, qui agissait par action réflexe sur la vessie dès que celle-ci contenait une petite quantité de liquide pour se forcer à se vider.

Il y a là une action réflexe qui produit son plein effet c'est-à-dire l'évacuation de vessie, dès que la volonté n'est plus présente pour réfréner l'envie, comme cela a lieu pendant le sommeil.

A l'état de la veille, le besoin est impérieux : il peut être réprimé mais il ne peut pas l'être longtemps. C'est de la même manière qu'agit la bride située non plus à la partie extérieure, mais à la partie postérieure de l'avant-canal.

Il est évident que, pour que cette action réflexe s'exerce, il faut un terrain préparé, or, nous voyons tous ces individus être des nerveux ou avoir des parents nerveux.

En resumé, il existe dans la région bulbaire de l'urètre, des *brides ou des rétrécissements congénitaux* plus ou moins accentués, qui sont *un vestige de la membrane cloacale*.

Ces rétrécissements peuvent donner lieu, quand ils sont très accentués à tous les accidents des rétrécissements, y compris la miction par regorgement et la rétention d'urine. Dans les autres cas, où la malformation se borne à une simple bride, elle peut s'accompagner d'incontinence nocturne d'urine.

L'incontinence nocturne d'urine peut donc avoir pour origine, pour condition ou pour cause une bride de la partie postérieure de l'urètre spongieux, de même qu'on l'a observée comme con-

séquence d'une bride ou d'un rétrécissement de la partie antérieure de cette portion spongieuse de l'urètre.

Nous pouvons, en admettant ces rétrécissements congénitaux, avoir l'explication d'accidents qu'on n'observe d'habitude que dans les rétrécissements anciens, ou infectés depuis longtemps, et on pourrait en même temps avoir l'explication de l'apparition des rétrécissements blennorragiques précoces.

Parmi ces accidents, je signalerai l'abcès péri-urétral.

Assurément l'abcès péri-urétral n'est pas fonction de l'étroitesse du rétrécissement, n'est pas lié à l'étroitesse de la stricture; car on voit assez souvent des rétrécissements étroits sans abcès ni fistule et inversement des abcès se développer sur des canaux à rétrécissement relativement large. J'ai même publié un cas de phlegmon diffus péri-urétral, chez un individu sans passé urétral et sans rétrécissement, par conséquent. On me concèdera toutefois qu'une stagnation microbienne favorise le développement de ces abcès, et qu'un rétrécissement même large permet plus facilement l'infection sous-muqueuse qu'un canal large ou largement ouvert.

D'un autre côté comment expliquer sinon par une disposition congénitale, un rétrécissement ne laissant passer que le n° 14, cinq mois après une blennorragie chez un garçon de dix-neuf ans qui n'avait jamais eu antérieurement ni écoulement ni traumatisme?

L... Alfred, dix-neuf ans, journalier, entre le 9 octobre 1902, dans mon service, salle Robert 13, à l'hôpital Beaujon.

1° Blennorrhagie il y a cinq mois.

Actuellement il n'a qu'une goutte matutinale avec filaments nombreux dans le premier verre.

Trois jours avant son entrée, s'est aperçu d'une petite grosseur douloureuse qu'il avait au périnée, et qui a rapidement augmenté.

Cette tumeur est médiane, la peau tendue, un peu œdémateuse, rouge, le périnée bombé, et le toucher est douloureux.

Séance tenante, incision très large, d'où s'écoule une vingtaine de grammes de pus bien lié.

On met une petite sonde à demeure.

Jamais il n'a coulé d'urine par la plaie urétrale. Sort le 25 novembre complètement cicatrisé.

Revient le 10 décembre parce qu'il a encore des filaments dans l'urine, et qu'il dit pisser difficilement.

On explore son canal.

Le n° 20, le 18 sont successivement arrêtés dans la partie la plus reculée du périnée, dans la région pré-membraneuse. On sent la boule par le toucher périnéal.

Le 14 passe avec un léger ressaut à l'aller comme au retour.

Voilà donc un rétrécissement blennorragique qui aurait du

être constitué en cinq mois. Cela est tellement en dehors de toutes les règles qu'il faut chercher une explication. Et cette explication, on peut l'avoir, si l'on admet que ce sujet était porteur d'une bride congénitale qui a, à la fois favorisé l'évolution de l'abcès péri-urétral et constitué un rétrécissement perceptible cinq mois après le début de la première blennorragie.

Les rétrécissements congénitaux ont tous le même siège. Ce sont tous des rétrécissements bulbaires plus ou moins rapprochés de la portion membraneuse. Au demeurant ils ont le même siège que les rétrécissements blennorragiques : mais ils sont plus profonds que les rétrécissements traumatiques.

Telles sont les considérations que m'a suggérées la belle observation de M. Bonnet.

Permettez-moi de faire remarquer qu'elle ne laisse aucun doute dans l'esprit, tant elle est claire, précise. Je me suis efforcé, non seulement de mettre en relief les points précis, mais de rapporter textuellement les détails de l'opération de crainte d'en atténuer la précision.

En tous cas, cette observation me paraît trop importante pour qu'elle ne laisse pas dans votre esprit un souvenir qui revivra facilement le jour prochain où vous aurez à élire des membres correspondants de la Société de chirurgie.

En attendant je vous prie d'adresser des remerciements à l'auteur.

Présentations de malades.

Résection du condyle pour ankylose de la mâchoire.

M. Félix Legueu. — J'ai opéré, il y a un peu plus d'un an, le malade que je vous présente ; il avait une ankylose unilatérale de la mâchoire. La lésion datait de treize ans : à la suite d'une chute sur le menton d'une assez grande hauteur, il y avait eu des contusions multiples et entre autres une fracture du condyle, d'où résulta une consolidation vicieuse. Le condyle du maxillaire se souda de très bonne heure avec le condyle du temporal, et très peu de temps après l'accident, l'ankylose était complète, car les mâchoires restaient en contact.

Pendant treize ans, il resta dans cet état, mangeant par petits morceaux qu'il poussait avec le doigt entre les arcades dentaires.

C'est pour cet état que je fus consulté et je pensai que seule la résection du condyle gauche ankylosé pourrait remédier à cet état.

J'ai opéré ce malade au mois d'octobre de l'année 1901 ; l'opération me mit en présence d'un condyle hyperostosé, fusionné avec le temporal, que je dus sculpter au ciseau sans me rendre un compte exact de ses limites.

Aujourd'hui, après quatorze mois, le résultat est excellent : le malade ouvre largement la bouche et peut mastiquer comme un autre. Ce résultat excellent pour une ankylose datant de treize ans n'a cependant été obtenu que progressivement. Au lendemain de la résection, les mâchoires ne s'écartaient pas beaucoup plus qu'avant l'opération et il a fallu continuer, après la résection, la dilatation qui avait été impuissante avant.

Au cours de l'opération malgré les précautions prises, quelques filets supérieurs du facial furent sectionnés, et le malade conserva pendant quelque temps une paralysie partielle de l'orbiculaire. Cette paralysie a aujourd'hui complètement disparu.

L'œsophagotomie externe appliquée chez l'enfant à l'extraction des pièces de monnaie.

M. Pierre Sebileau. — En quelques mois, j'ai observé, sur de jeunes enfants, cinq exemples de pénétration accidentelle de pièces de monnaie dans l'œsophage.

Sur quatre des petits patients, j'ai pratiqué l'œsophagotomie externe ; ils ont guéri. Pour le cinquième, les parents ont refusé leur consentement à l'opération ; je ne sais ce qu'il est devenu.

Ces faits cliniques prêtent à quelques considérations que je veux présenter ici et qui trouvent leur justification dans la rareté relative de l'œsophagotomie externe chez l'enfant ; elles ont trait au siège du corps étranger, aux lésions qu'il détermine, aux symptômes qu'il provoque et, surtout, à l'intervention chirurgicale qu'il commande.

I. — Jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de huit ans, l'extrême dilatation que peut transversalement subir l'œsophage des enfants est de 25 millimètres environ. Aussi les pièces de monnaie courante, dont la plus petite, la pièce de cinq centimes, a un diamètre de 25 millimètres, s'arrêtent-elles d'ordinaire au premier rétrécissement qu'elles rencontrent. Mes observations, sur ce point, confirment les observations antérieures. Onze fois sur douze cas recueillis par Channac (1), la pièce siégeait précisément à l'origine du segment thoracique.

(1) Frédéric Channac. Considérations sur l'œsophagotomie externe et les corps étrangers de l'œsophage chez l'enfant. *Th. in Lyon, 1901, n° 151.*

La première radiographie de ce mémoire (fig. 1) est celle d'une enfant de trois ans. La pièce masque la dernière vertèbre cervicale, la première dorsale et la presque totalité de la seconde dorsale. En bas, son disque dépasse la ligne d'attache vertébrale de la seconde côte.

La seconde radiographie (fig. 2) est celle d'un enfant de quatre ans dont la première côte apparaît à peine sur l'épreuve. La pièce cache la dernière cervicale, la première dorsale et une petite partie de la seconde dorsale ; en bas, son disque est tangent à la

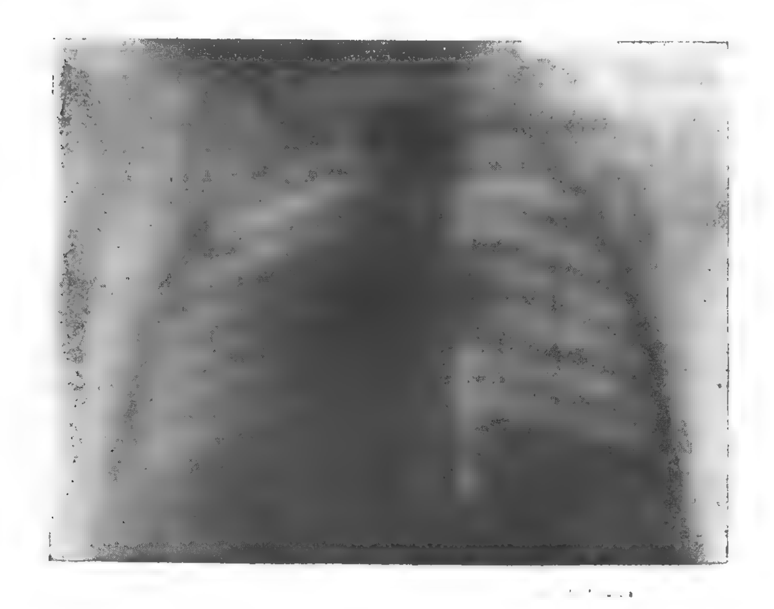


Fig. 1.

ligne qui passe par l'articulation vertébrale de la seconde côte.

Sur la troisième radiographie (fig. 3), qui est celle d'un enfant de trois ans, le corps étranger occupe sensiblement la même situation que sur la première.

Voici une quatrième radiographie (fig. 4) : c'est celle d'un enfant de deux ans. La pièce se dégage de la région cervicale et s'enfonce légèrement dans le thorax. Elle masque les deux tiers inférieurs de la première dorsale, la seconde dorsale et la troisième dorsale. En bas, son disque affleure la ligne d'attache vertébrale des troisièmes côtes.

Dans un seul cas, j'ai vu la pièce de monnaie franchir le premier rétrécissement de l'œsophage, s'engager dans le thorax et s'arrêter au niveau du pédicule pulmonaire. J'en donne ici

l'épreuve photographique (fig. 5). Il s'agissait d'une enfant plus âgée (neuf ans), qui avait avalé une pièce de quarante sous. La pièce de quarante sous a 27 millimètres de diamètre ; on a coutume d'évaluer à 28 millimètres la largeur transversale maxima de l'œsophage des enfants de huit à dix ans. Ici donc, le corps étranger circulait plus librement : ainsi s'explique qu'il ait pu franchir le premier rétrécissement, pour être bloqué par le second, qui est toujours plus serré.

II. — Chez les quatre malades que j'ai opérés, j'ai observé des

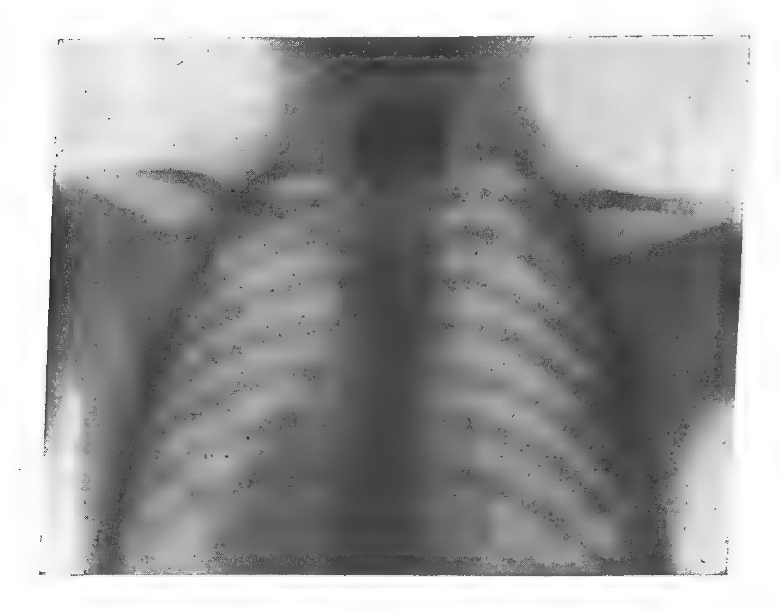


Fig. 2.

lésions identiques. La pièce de monnaie se présente toujours de face, telle que nécessairement l'oriente la déglutition. Il en résulte qu'il s'établit entre elle et l'œsophage une sorte de contact tangentiel qui s'exerce sur les deux flancs du conduit. De là deux conséquences : la première, c'est que la paroi antérieure et la paroi postérieure de l'œsophage échappent aux lésions pariétales de compression, de sphacèle et de défense qui atteignent les parois latérales ; la seconde, c'est qu'en avant et en arrière de la pièce de monnaie peut se faire, plus ou moins facilement, la coulée alimentaire.

C'est donc sur les parois latérales et autour d'elles que siègent les lésions provoquées par le corps étranger. On a coutume de dire que ce corps étranger, « par la pression qu'il exerce, détermine

l'inflammation, puis l'ulcération de la muqueuse, et que les parois de l'œsophage, sous l'influence de la putréfaction des résidus alimentaires, sont envahies par le pus », d'où formation d'un abcès qui ne tarde pas à devenir médiastinal.

Ce processus n'est pas, je crois, le processus ordinaire ; au moins, ne répond-il pas aux constatations que j'ai faites. Il est, du reste, en contradiction avec ces deux points très connus de l'histoire des corps étrangers de l'œsophage : le premier, c'est que beaucoup de ces corps étrangers sont longtemps tolérés ; le

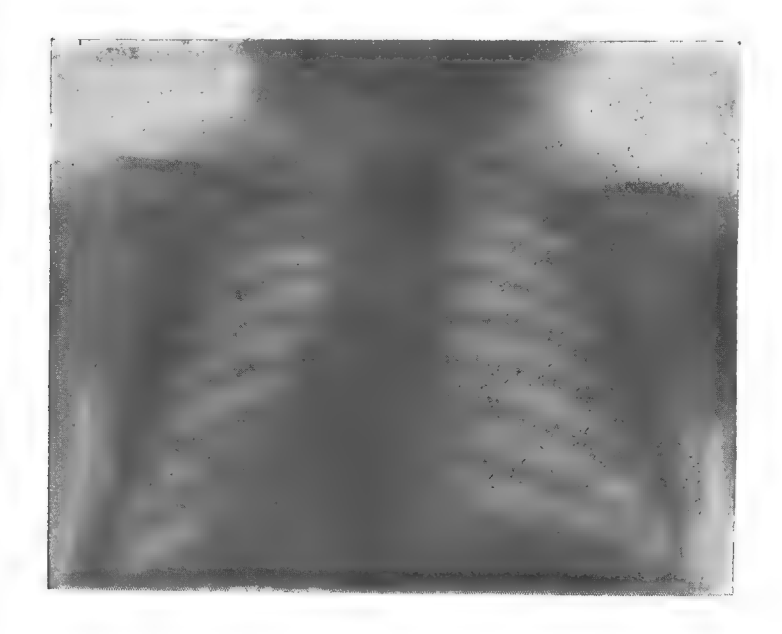


Fig. 3.

second, c'est qu'on les a vus très souvent pénétrer dans un organe voisin de l'œsophage, par simple usure des parois, sans formation purulente. Voici donc ce que j'ai observé.

Chez ma première petite opérée, âgée de trois ans, dans l'œsophage de laquelle une pièce d'un sou était enclavée depuis vingt-cinq jours, des adhérences très solides, dont la sonde cannelée ne put triompher, s'étaient établies entre l'œsophage et la paroi de la carotide primitive. Ces adhérences, qui occupaient une étendue d'un centimètre, siégeaient un peu au-dessus du corps étranger. Sans aucun doute, elles s'étaient établies entre les deux organes, là où avait porté, tout d'abord, le contact tangentiel du disque de métal ; puis, celui-ci, poussé par le bol alimentaire et les contrac-

tions du canal, libéré, peut-être, par l'amincissement des parois, avait pu accomplir une migration ultérieure de 2 centimètres environ; là où existaient les adhérences, les tuniques étaient très amincies, réduites à la seule muqueuse, et confondues, sans qu'on puisse retrouver aucun plan de clivage, avec le tissu conjonctif péri-œsophagien au milieu duquel s'étaient accomplies les lésions de défense qui, précisément, avaient englobé la carotide et l'avaient plaquée contre le tube alimentaire.

Mon troisième malade, âgé, lui aussi, de trois ans, avait avalé

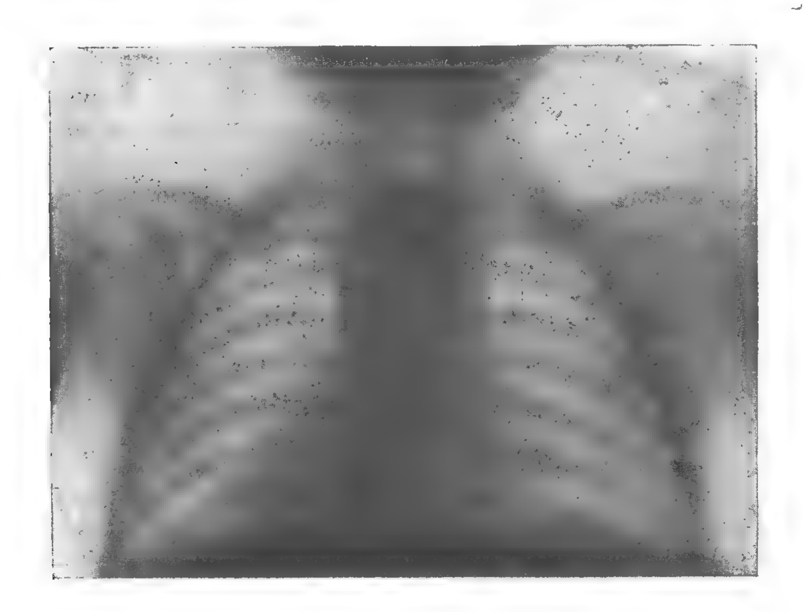


Fig. 4.

une pièce de cinq centimes, cinq semaines avant l'opération. Chez lui, les lésions étaient identiques, mais un peu moins avancées. Les adhérences n'avaient pas encore atteint la paroi carotidienne, mais seulement la gaine du paquet vasculo nerveux; je pus isoler la carotide et la récliner en dehors, mais dans le tissu cellulaire infecté et induré qu'il fallut déchirer pour la séparer, l'œsophage était tout à fait méconnaissable, et je l'incisai sur les seules données de l'anatomie, sans avoir pu en reconnaître les parois.

Enfin, chez un quatrième enfant, âgé de deux ans, dont le corps étranger (toujours une pièce de cinq centimes) n'avait été dégluti que depuis dix jours, le processus de péri-œsophagite latérale était moins avancé encore, mais de même nature; il n'existait point de fusion entre la paroi œsophagienne et la gaine vasculaire,

mais cette paroi œsophagienne était tout à fait méconnaissable, extraordinairement friable, incluse dans une sorte de gangue rougeâtre, inflammatoire qui, de la ligne médiane, s'étendait jusqu'à la gaine vasculaire.

On peut donc dire que, dans les trois cas que je viens de rapporter, les lésions anatomiques provoquées par le corps étranger ressortissaient, au degré près, à un même processus : amincissement et ramollissement des tuniques œsophagiennes et réaction inflammatoire, non suppurée, du tissu cellulaire péri-œsophagien, conduisant, par étapes, à l'adhérence, puis à la fusion de l'œso-

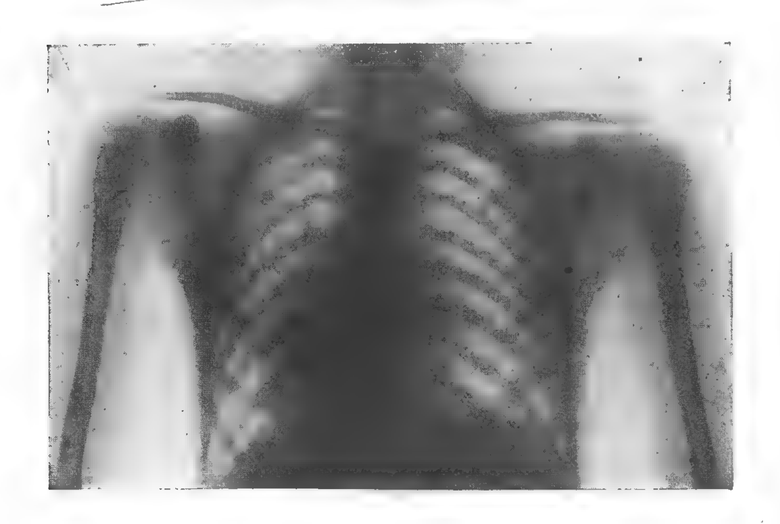


Fig. 5.

phage avec la « séreuse péri-vasculaire », et, plus tard, avec la carotide elle-même.

Les parois de l'œsophage résistent donc, d'une manière suffisante, à la compression, à l'infection et au travail de nécrose progressive qui les atteint, pour permettre à des lésions de défense de s'organiser autour d'elles.

Il y a là un véritable processus tutélaire qui, dans un certain nombre de cas au moins, assure pour quelque temps l'innocuité des corps étrangers de l'œsophage, permet le succès des œsophagotomies tardives et, pour tout cas qui n'est pas un cas récent, contre-indique l'usage du dangereux panier de Graefe dont l'aveugle cheminement dans l'œsophage peut, soit en se frayant un passage, soit en arrachant la pièce de monnaie, dilacérer les parois et les organes auxquels elles adhèrent.

C'est l'enseignement qui ressort d'une intéressante observation de E. Denis (1).

L'intérêt des lésions de péri-œsophagite qui se développent autour des corps étrangers de l'œsophage s'étend au delà des indications thérapeutiques qui en découlent et des difficultés opératoires qu'elles engendrent. Elles commandent encore certaines réserves de pronostic. Pris au milieu des phénomènes inflammatoires qui se déroulent autour de l'œsophage, le nerf récurrent peut être, en effet, frappé de névrite, et cette névrite se traduit par des troubles plus ou moins graves et durables dans le fonctionnement des cordes vocales.

Chez ma première opérée, âgée de trois ans, une huitaine de jours après l'œsophagotomie, alors que la plaie était déjà réunie, apparut une ébauche d'asphyxie laryngée. Quand, en excitant l'enfant, on troublait le rythme de sa respiration de repos, elle se mettait à suffoquer; il y avait du cornage et du tirage inspiratoires, et l'expiration s'accompagnait d'une petite toux sèche, brusque, sonore. L'accès durait quelques secondes à peine et tout rentrait dans l'ordre. Durant quelques jours, comme les accès se répétaient pour la plus petite occasion, je pus craindre que la trachéotomie ne devînt nécessaire; mais les symptômes s'atténuèrent, et quand la petite malade quitta l'hôpital, trente-cinq jours après l'opération, il ne lui restait qu'une légère raucité de la toux sans aucun trouble de la voix.

Chez mon troisième opéré, qui était âgé de deux ans seulement, et sur qui la réunion par première intention n'avait pas réussi, se manifesta, quinze jours après l'œsophagotomie, une sorte de raucité expiratoire intermittente, sans troubles de la voix. Puis l'inspiration devint bruyante, pénible, et, en quarante-huit heures, la dyspnée prit de telles proportions qu'il fallut pratiquer l'ouverture de la trachée. Quinze jours après, j'essayai d'extraire la canule; séance tenante, l'enfant suffoqua; le tirage était violent et les bords de la plaie cutanée étaient comme aspirés dans la profondeur du cou. Il fallut replacer la canule dans la trachée et, aujourd'hui, six mois après l'opération, elle y est encore (pour quelques jours seulement, car l'enfant, que j'ai vu hier, supporte à l'heure actuelle la suppression du drainage aérien).

Il fut, pour ainsi dire, impossible de pratiquer l'examen laryngoscopique chez ces deux enfants. Sur la première, la corde vocale gauche nous a paru, dans l'inspiration, ne pas effectuer, aussi

(1) E. Denis. Corps étranger de l'œsophage; un sou depuis neuf mois dans l'œsophage d'un enfant de quatre ans; danger du panier de Graefe; fistule œsophago-trachéale; œsophagotomie externe. Mort le quinzième jour par broncho-pneumonie, in *Bull. méd. de l'Algérie*, février 1901.

franchement que la droite, son mouvement d'abduction. De l'état de la glotte sur le second enfant nous n'avons rien appris. Il est donc impossible de formuler un diagnostic précis sur les troubles musculaires qui ont engendré la dyspnée laryngée. Ils ressortissent, évidemment dans les deux cas, à une névrite récurrentielle. Cette névrite a été superficielle et éphémère chez l'un des enfants, et n'a déterminé qu'une parésie momentanée du dilatateur du côté correspondant; elle a été profonde et durable chez l'autre, où il ne serait pas étonnant que, par double récurrentite, il y eût eu paralysie bilatérale des abducteurs. Je ne crois pas vraisemblable l'hypothèse d'une contracture des adducteurs.

III. — Il faut noter que, sur chacun de mes cinq malades, les troubles engendrés par la présence du corps étranger dans l'œsophage ont été très légers. La première souffrait peu et la déglutition des aliments mous se faisait chez elle sans gêne apparente. La seconde était si peu incommodée que les parents ne donnèrent pas leur consentement à l'opération. Le troisième, après avoir présenté pendant quelques jours un peu de gêne de la déglutition, se rétablit au point d'avaler des aliments solides, ce qu'il ne faisait pas, il est vrai, sans difficulté. Le quatrième put continuer à déglutir les liquides et les brouets. La cinquième, pendant le premier jour, n'éprouva aucune gêne, mais, le lendemain, commença à vomir les aliments solides et, jusqu'au jour de l'opération, dut se nourrir de lait et de laitages.

La manière dont les pièces de monnaie s'orientent dans l'œsophage explique comment la présence de celles-ci provoque peu de réaction fonctionnelle. La coulée alimentaire s'opère en avant et en arrière du corps étranger.

D'autre part, l'œsophage qui, chez l'adulte, répond si facilement aux excitations par le spasme, présente une remarquable tolérance chez l'enfant. La pénétration du corps étranger produit, dans les premiers moments, quelques accès de suffocation; puis l'orage s'apaise. C'est ce qui était arrivé à chacun de mes petits patients. Aucun d'eux ne paraissait souffrir. La dernière, que son âge permettait d'interroger, nous a dit n'avoir ressenti de douleurs que pendant quelques heures. Après l'accident, qui eut lieu le soir, elle ne dormit pas de la nuit.

Cette sorte d'indifférence de l'œsophage se retrouve dans plusieurs observations. A Broca la faisait ressortir, ici-même, il y a quelques années (1), dans un rapport sur une observation de Lemaistre. Cependant, elle n'est pas constante. Une enfant de

(1) A. Broca. Œsophagotomie externe pour corps étranger chez un enfant de six mois et demi. *Bull soc. chir.*, 1896, p. 759.

cinq ans, à qui Monnier (1) pratiqua l'œsophagotomie externe un an après le début des accidents, avait une dyspnée légère, continue, interrompue par une toux quinteuse et des accès de suffocation dans la position horizontale.

Sur aucun des enfants qui m'ont été confiés, je n'ai pratiqué le cathétérisme œsophagien et je pense que c'est là une conduite à imiter. Le cathétérisme n'est justifié que par l'impossibilité d'utiliser la radiographie. Là où celle-ci est réalisable, il devient inutile et, par conséquent condamnable. D'ailleurs, il n'est pas rare que des corps étrangers, même volumineux, lui échappent. A. Broca (2), Péan (3), Jalaguier (4) Nathan Raw (5), Francis Jonhston et Thurstan Holland (6) en ont rapporté des exemples et, récemment, Killian (7) rappelait, après von Hacker, que l'olive elle-même peut glisser en arrière du corps étranger sans le rencontrer.

IV. — Les malades que j'ai opérés avaient avalé leur pièce de monnaie, la première depuis vingt-trois jours, la seconde depuis cinq semaines, le troisième depuis dix jours, la quatrième depuis cinq jours.

Chez aucun d'eux je n'ai fait des tentatives d'extraction par les voies naturelles. Je m'y serais cru autorisé pour la dernière par la date récente de l'accident, mais M. Peyrot avait échoué, et il n'y avait pas apparence que je dusse être plus heureux que lui. De son propre chef, mon interne avait, pour le troisième, essayé le panier de Græfe qu'il put descendre et remonter dans le canal œsophagien sans rencontrer le corps étranger, puis une tige métallique recourbée dont le crochet s'engagea bien sous la pièce, mais ne put pas la désenclaver. Je crois qu'appliqués au cas particulier, ces procédés « de douceur » étaient justifiés, puisque le corps étranger n'avait, à l'heure où on les appliquait, séjourné qu'une semaine et demie dans l'œsophage; personnellement, je ne les aurais cependant pas employés.

(1) Monnier. Pièce de monnaie dans l'œsophage d'un enfant décelée par la radiographie. Extraction. Guérison. *Bull. acad. méd.*, 31 mai 1898, t. XXXIX, p. 622.

(2) Broca. *Loco citato.*

(3) Péan. *Bull. acad. de méd.*, 8 décembre 1896, 3e série, t. XXXVI, p. 778

(4) Jalaguier. *Bull. et mém., Soc. chir. de Paris*, 1897, t. XXIII, p. 794.

(5) Nathan Raw. Foreing body in the œsophagus; localisation by X rayons. Successfull removal; in *Brit. med. journ.*, 5 décembre 1896, p. 1678.

(6) Francis Jonhston and C. Thurstan Holland. Two cases of a half penny in the œsophagus. *Brit. med. journ.*, 1896, p. 1677.

(7) Gustave Killian. Les résultats diagnostiques et thérapeutiques obtenus par les méthodes endoscopiques directes dans le cas de corps étranger de l'œsophage et des voies respiratoires. In *Annales des maladies de l'oreille, du larynx du nez et du pharynx*, sept. 1902, .. 193.

Je n'aime pas, en effet, cette méthode aveugle (qui peut devenir brutale dans les mains les plus douces), dès qu'on est en droit de soupçonner une sérieuse altération des parois de l'œsophage. De ce qu'elle réussit dans un certain nombre de cas, il ne suit nullement qu'elle soit, en règle générale, recommandable.

Aussi, n'ai-je pas hésité à recourir d'emblée à l'œsophagotomie externe dans les deux autres cas que j'ai observés. Là, en effet, la présence du corps étranger remontait à trois et à cinq semaines, et j'en ai dit assez de l'état anatomique dans lequel étaient les parois œsophagiennes, pour rendre évidents les dangers qu'aurait fait courir aux petits malades l'emploi du panier de Græfe et, d'une manière générale, de tous les instruments imaginés pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. Paul Segond fut, un jour, obligé de pratiquer l'œsophagotomie externe pour extraire, en même temps, un corps étranger de l'œsophage et le panier de Græfe qui s'était agriffé sous ce corps étranger ; et Denis, plus récemment, opérant sur un enfant, ne put retirer ce même panier de Graefe qu'au prix d'une déchirure de l'œsophage et de la trachée.

Dans quelle mesure l'emploi de l'œsophagoscopie directe, rajeunie et perfectionnée par Killian, étendra-t-elle les indications de l'extraction par les voies naturelles pour rendre plus rares celles de l'œsophatogomie? C'est ce que je ne puis dire à cette heure.

L'œsophagotomie externe sur les tout jeunes enfants n'est pas une opération difficile, mais c'est une opération délicate, parce que le champ dans lequel on manœuvre est un peu étroit. Ce qui en complique surtout la technique, c'est la périœsophagite qui fait adhérer les organes et modifie leurs caractères extérieurs. Ce point particulier ne ressort pas suffisamment de la lecture des descriptions classiques. La plupart de celles-ci paraissent un peu « platoniques », comme dit Félizet.

Je conseille à l'opérateur d'inciser très bas, le plus bas possible. Sans doute, la découverte de l'œsophage est un peu plus difficile à la base du cou, à ras le plan sterno-claviculaire, car la tubulure aéro-digestive devient plus profonde à mesure qu'elle se rapproche du thorax. Mais le corps étranger est enclavé derrière le manubrium, quelquefois plus bas, et il y a tout intérêt à gagner sur lui. D'ailleurs, le cou de l'enfant est mince; les profondeurs y sont moindres; les muscles, qui en sont souples et grêles, se laissent écarter facilement; les opérations qu'on y pratique sont plus superficielles, si je puis ainsi dire, que sur l'adulte.

Je ne prends donc qu'un point de repère, la fourchette sternale : c'est là que je termine ou que je commence mon incision; celle-ci

suit le bord antérieur du sterno-mastoïdien; peu m'importe jusqu'où elle remonte; je la fais longue.

La gaine du sterno-mastoïdien étant ouverte, je récline le muscle en dehors. Le chef sternal, qui est si gênant chez l'adulte et que, récemment encore, j'ai dû trancher, pour me donner du jour, dans une tentative d'œsophagotomie pour cancer, se laisse très facilement écarter chez l'enfant. On le confie à un écarteur.

Sur tout le champ opératoire s'étale alors un mince feuillet aponévrotique (l'aponévrose omo-claviculaire) si mince qu'on voit, à travers elle, en avant les fibres obliques en dehors et en bas du cléido-hyoïdien, et, en arrière, les fibres et le tendon de l'omo-hyoïdien.

C'est dans l'interstice, large ou étroit, suivant les sujets, de ces deux muscles qu'il faut, au-dessus de la clavicule, effrondrer l'aponévrose et s'engager dans la profondeur.

Même quand le cléido-hyoïdien et l'omo-hyoïdien restent éloignés l'un de l'autre, l'espace qui les sépare est encore trop petit pour permettre les manœuvres; il faut donc les écarter. Ils se laissent, d'ailleurs, facilement récliner, quelquefois au prix de la déchirure de quelques-uns de leurs faisceaux. On peut les couper, pour se donner plus d'aise, comme chez l'adulte. Cela ne me fut jamais nécessaire. En relevant l'omo-hyoïdien, on découvre ordinairement l'anastomose ansiforme hypoglosso-cervicale; on la donne à l'écarteur qui maintient en dehors l'omo-hyoïdien.

Voilà donc l'opérateur dans l'aire du triangle omo-claviculaire élargi, au milieu de la grande zone cellulaire du cou, derrière et, autant que possible, au-dessous du corps thyroïde toujours petit chez l'enfant. C'est le paquet vasculo-nerveux que, de suite, il doit chercher. Sous le sterno-mastoïdien, en dehors de la rondeur cartilagineuse de la trachée, le long des costoïdes cervicaux, dans la profondeur du cou, il le découvre facilement, entouré de sa gaine celluleuse.

La technique, à cette heure, varie.

Quand la pénétration du corps étranger est de date récente, l'aspect ni l'anatomie des organes n'est modifié; aussi est-il facile, avec la sonde cannelée de libérer en dedans, par dilacération douce du tissu conjonctif, sans dénuder sa paroi, l'artère carotide désormais confiée à l'écarteur externe (celui qui maintient le sterno et l'omo-hyoïdien).

Sur les malades dont le corps étranger a séjourné pendant plusieurs semaines dans l'œsophage, les choses se présentent autrement. Il existe une véritable atmosphère inflammatoire autour de la région viscérale du cou; le tissu cellulaire est rouge; il a perdu sa laxité : en dedans, l'artère se confond, d'une

manière plus ou moins intime, avec « l'ensemble trachéo-œsophagien », et, comme je l'ai deux fois observé, peut y adhérer tout à fait. Dans ces cas, il faut libérer l'artère avec prudence. Chez ma première malade très certainement, et peut-être aussi chez le second, j'aurais déchiré la paroi artérielle si je n'avais procédé avec beaucoup de ménagement. Là, je dus laisser en place le paquet vasculo-nerveux, pour ne pas ouvrir la carotide en cherchant un plan de clivage; ici, je ne pus le récliner en dehors qu'après une séparation assez délicate qui dénuda l'artère.

Le faisceau vasculaire étant reconnu, découvert, et, si possible, isolé et tiré en haut et en dehors, reste à trouver l'œsophage, juste en avant de la colonne vertébrale, à gauche de la trachée déviée en dedans par la traction de l'écarteur interne. Cet œsophage peut-être méconnaissable, ainsi que je l'ai observé deux fois. Il m'a été utile, alors, d'y glisser par le nez une sonde en caoutchouc vulcanisé.

Je crois que le seul danger de l'œsophagotomie externe est la blessure du nerf récurrent. Celle-ci est cependant presque impossible à réaliser dans l'opération sur le cadavre. Quand, en effet, on porte en dedans et en bas la trachée, ainsi que cela se pratique dans l'œsophagotomie, le segment gauche de la face antérieure de l'œsophage se découvre, mais le récurrent n'apparaît pas. Le nerf reste accolé à la trachée; il se laisse récliner avec elle et, si on veut le trouver, il faut le chercher sous l'écarteur, dans le tissu cellulaire para-trachéal où il chemine au milieu de plusieurs ganglions lymphatiques. On peut même assez récliner la trachée en dedans pour voir toute l'étendue transversale de la face antérieure de l'œsophage : le récurrent demeure encore obstinément caché sous l'écarteur, même si on opère très bas, à la naissance du cou.

Il en est tout autrement quand il y a des lésions de périœsophagite; alors, la trachée, qui manque de souplesse, n'obéit pas à la traction; elle ne laisse pas à découvert la face antérieure de l'œsophage et n'entraîne pas avec elle le nerf récurrent. Pour éviter la blessure de celui-ci, il faut donc le chercher et le découvrir, ce qui n'est pas toujours facile, car il peut, ainsi que je l'ai observé sur celui de mes opérés qui, quelques jours après l'intervention, donna des signes d'asphyxie laryngée, être perdu dans le tissu cellulaire enflammé qui entoure l'œsophage et la trachée, et se confondre avec lui.

L'ouverture de l'œsophage doit être pratiquée en dehors et en arrière du nerf; mais en raison des lésions inflammatoires qui font adhérer la paroi latérale de l'œsophage, au point où s'est établi le contact tangentiel du disque métallique, avec la carotide,

on peut se trouver obligé de reporter en avant, non loin du récurrent, l'incision de l'œsophage : c'est ce qui m'est arrivé trois fois. D'où la nécessité de voir le nerf pour éviter sa blessure.

Je n'ai jamais eu de peine à découvrir, à saisir, ni à extraire la pièce de monnaie; une pince hémostatique ordinaire m'a toujours suffi. Pour ma dernière opération, un fait curieux et instructif s'est produit. Il s'agissait d'une petite malade de neuf ans, qu'avait bien voulu m'adresser M. Peyrot, après avoir fait d'inutiles tentatives d'extraction par le panier de Græfe. L'enfant se présenta dans mon service avec son épreuve radiographique (fig. 5); la pièce de monnaie était dans le thorax, en avant des troisième et quatrième vertèbres dorsales. Je pratiquai l'œsophagotomie externe le lendemain matin. Il me fut impossible de trouver la pièce et je dus, après avoir fait, par la brèche cervicale, plusieurs cathétérismes infructueux, refermer la plaie. Sachant que, dans plusieurs cas, le cathétérisme œsophagien fut infidèle et laissa méconnaître des corps étrangers, même des corps étrangers volumineux, je fis, séance tenante, radiographier l'enfant, décidé à renouveler mon exploration et à continuer mon opération si l'épreuve indiquait que la pièce fût encore là... Mais elle n'y était plus (fig. 6); on la voyait dans l'abdomen. Il est sage, je crois, au moins d'une manière générale, de n'entreprendre une œsophagotomie externe, quand celle-ci a été précédée de manœuvres d'extraction par les voies naturelles, qu'après avoir demandé à une seconde radioscopie la confirmation extemporanée du diagnostic topographique.

Malgré l'amincissement des parois très altérées de l'œsophage et les phénomènes inflammatoires qui se déroulaient autour d'elles, j'ai pratiqué, dans toutes mes opérations, la suture de ces parois, sans y comprendre la muqueuse, ne prenant d'autre soin que de placer un drain dans l'angle inférieur de la plaie des téguments. Voici quels ont été les résultats :

Sur la première enfant, opérée vingt-cinq jours après l'accident, la réunion par première intention fut parfaite sur toute l'étendue de la plaie, le drain ayant été retiré quarante-huit heures après l'opération, et aucun suintement ne s'étant manifesté.

Mon second opéré, chez lequel la présence du corps étranger remontait à cinq semaines, présenta quelques phénomènes d'infection locale; il s'écoula par la plaie cutanée du pus et du lait (du lait alimentaire), et il fallut couper deux des fils de la suture cutanée. Les accidents furent bénins et le malade put, un mois après l'opération, quitter l'hôpital tout à fait guéri.

Les mêmes accidents se produisirent, avec plus d'intensité peut-être, chez mon troisième petit patient qui, cependant, n'avait

avalé le sou que depuis dix jours. Les parois œsophagiennes étaient en plus mauvais état encore que chez mes deux premiers malades; très friables, elles se laissaient déchirer par les fils du catgut. Il y eut donc suppuration de la plaie et, par celle-ci, issue de matières alimentaires qui irritèrent au loin les téguments; le

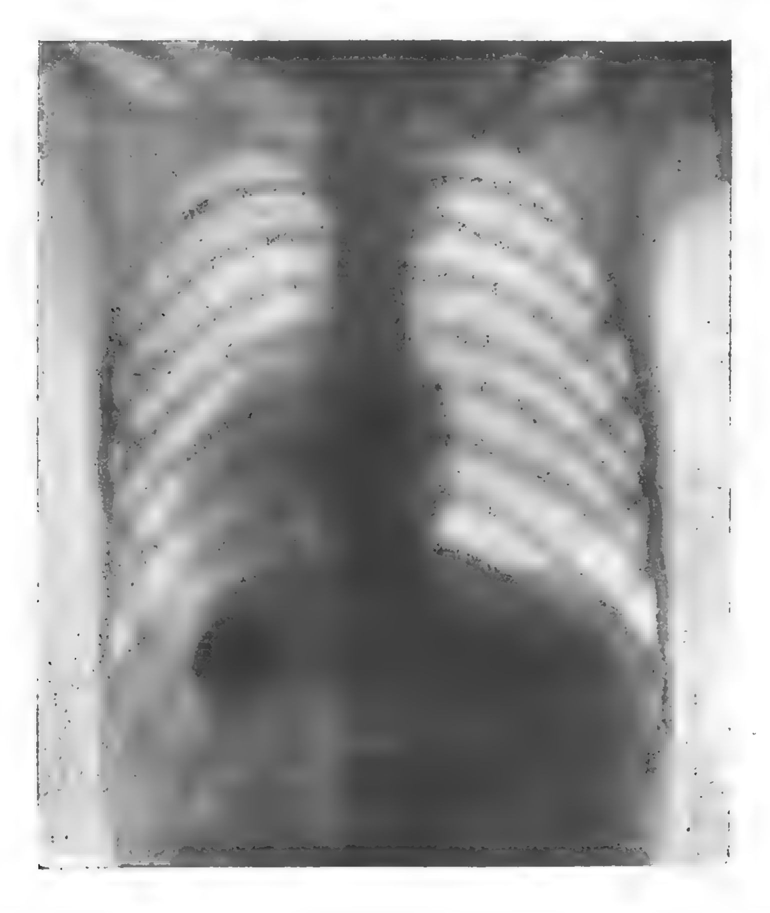


Fig. 6.

pansement prit une odeur fétide; il fallut déchirer la cicatrice cutanée dans toute la moitié inférieure de la plaie; mais, en peu de jours, tout rentra dans l'ordre, et, un mois après l'opération, la cicatrisation s'était tout entière effectuée. La guérison fut retardée seulement par une sorte de bronchite spasmodique sévère qui ne donna jamais lieu à aucun phénomène d'auscultation, mais qui s'accompagna d'une très grande anxiété respiratoire et d'une abondante expectoration, pendant plusieurs jours striée de sang.

Je rappelle qu'en passe de succomber à l'asphyxie laryngée, cet enfant dut subir une trachéotomie d'urgence, deux semaines après l'œsophagotomie.

Sur ma quatrième opérée, dont l'accident remontait à cinq jours, la réunion par première intention se réalisa sans aucun accident.

Tous ces petits malades ont été alimentés de la même manière : par le moyen d'une sonde de caoutchouc vulcanisé introduite dans l'œsophage par les fosses nasales et extraite à la fin de la première semaine.

Tels sont les faits que j'ai observés. Un chirurgien expérimenté, versé dans les choses de la pédiatrie (1) écrivait récemment : « Nous n'avons jamais pratiqué ni vu pratiquer d'œsophagotomie externe chez l'enfant vivant. » Aussi ai-je pensé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à publier cette assez curieuse série d'observations parallèles, que j'ai continuée hier par une cinquième opération faite dans les mêmes conditions que les précédentes.

Présentations de pièces.

Diverticule de l'intestin grêle.

M. Cahier. — J'ai l'honneur de vous présenter deux pièces enlevées sur le même malade : un appendice, et une ampoule diverticulaire de l'intestin grêle. Cette ampoule, et c'est là le point intéressant de la présentation, car je crois qu'aucun fait analogue n'a encore été signalé, s'était enflammée, déterminant tous les phénomènes caractéristiques d'une appendicite ; et c'est en opérant à froid pour enlever l'appendice qui était sain, que j'ai découvert le diverticule intestinal. Ce dernier, du volume et de la forme d'une amande, était situé sur l'intestin grêle, à quelques centimètres de son abouchement dans le cæcum, et près de son bord libre ; son grand axe était parallèle à celui de l'intestin avec lequel il adhérait d'une façon intime, suivant toute sa longueur ; par sa face opposée, il avait contracté des adhérences avec l'épiploon, et par son pôle externe avec la face interne du cæcum, à plusieurs centimètres au-dessus de l'implantation de l'appendice, avec lequel il ne présentait aucun rapport ; la couleur était rouge foncé avec un piqueté ecchymotique, et sa consistance dure, élastique, au point de donner à penser qu'on pouvait avoir affaire à un ganglion lymphatique aberrant ou à un petit fibrome de l'intestin, comme dans le cas rapporté ici même en mars 1902 par M. Schwartz. Mais

(1) Félizet et Branca. *Traité des maladies de l'enfance*, par Grancher, Comby et Marfan, t. II, p. 771. Masson 1897.

en le disséquant pour le séparer de ses connexions intimes avec l'intestin grêle, j'ouvris une cavité tapissée de muqueuse intestinale facilement reconnaissable à son aspect. Cette cavité s'élargissait dans le centre de l'ampoule dont la paroi avait au moins 5 à 6 millimètres d'épaisseur, et se rétrécissait en goulot au niveau de son abouchement dans l'intestin; elle ne contenait ni corps étrangers ni matière fécale. Le pédicule de la tumeur fut étreint par un fil de catgut et enfoui ensuite dans la paroi intestinale par des points de suture à la soie passés à la Lembert; à ce niveau, les tuniques étaient friables et les surfaces très saignantes.

L'opéré a guéri sans complication, et est aujourd'hui sorti de l'hôpital.

J'ai déjà, il a quelques années, rencontré cette fois deux ampoules vers la terminaison de l'iléon, chez un malade que j'opérais pour un étranglement de l'intestin par un diverticule de Meckel, et dont j'ai communiqué l'observation à la Société (novembre 1898). Dans ce cas, les ampoules non enflammées avaient, l'une le volume de la seconde phalange du pouce, l'autre le volume et la forme d'un dé à coudre; leur paroi était relativement mince, leur grand axe perpendiculaire à l'intestin, et la communication avec le tube digestif devait être large, car elles étaient distendues par les gaz comme l'intestin météorisé.

La tumeur que je vous présente a été examinée au Val-de-Grâce par mon collègue et ami Lemoine; elle présente une constitution absolument identique à celle des parois intestinales, avec des villosités, des glandes de Lieberkuhn, et des follicules clos; la paroi est hypertrophiée et présente des travées fibreuses plus épaisses que normalement.

M. Walther a eu l'occasion d'opérer une malade soi-disant atteinte d'appendicite, qui avait un diverticule de l'intestin inséré sur une corne utérine.

M. Michaux a observé cette année une hernie ombilicale dans laquelle ces accidents étaient produits par un diverticule excessivement volumineux.

Le Secrétaire annuel,
G. Félizet.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 21 JANVIER 1903

Présidence de M. KIRMISSON.

MÉDECINE DE PARIS

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Un travail de M. DELANGRE (de Tournai), intitulé : *Malformations traumatiques traitées par l'inclusion prothétique de la paraffine ; application de moules en vulcanite au maintien du modelage jusqu'à restauration complète.*

— Le travail de M. Delangre est renvoyé à une Commission dont M. GUINARD est nommé rapporteur.

3°. — Une lettre de remerciements de M. COUTEAUD, élu membre correspondant.

A propos de la correspondance.

M. CHAUVEL dépose sur le bureau un travail de M. Richon, médecin-major, intitulé : *Fracture du scaphoïde de la main droite. Luxation en avant du fragment interne de cet os et du semi-lunaire. Ankylose du poignet. Extirpation des os luxés. Restauration fonctionnelle partielle.*

— Le travail de M. RICHON est renvoyé à une Commission dont M. CHAUVEL est nommé rapporteur.

A propos du procès-verbal.

Inflammation d'un diverticule de l'intestin grêle simulant une appendicite.

M. Walther. — J'apporte à la Société quelques renseignements plus précis sur l'observation que j'ai citée à la dernière séance.

La malade qui fait le sujet de cette observation, jeune femme de vingt-cinq ans, vigoureuse, atteinte depuis plusieurs années de métrite avec poussées subaiguës de salpingo-ovarite double, eut au mois de février 1902 des douleurs abdominales vives, avec vomissements, fièvre, réaction péritonéale assez intense. La douleur siégeait nettement à droite, et je pensai à une crise d'appendicite.

Le 21 mars, je fis une laparotomie médiane ; je recherchai tout d'abord l'appendice; il était très long, replié sur lui-même, rétro-cæcal, avec un méso très large et court, de sorte que l'ablation fut assez laborieuse. Cet appendice offrait des lésions nettes de folliculite chronique, mais pas de trace appréciable d'inflammation récente.

Allant ensuite à la recherche des annexes, je trouvai une anse d'intestin grêle plongeant dans le bassin et l'a maintenue adhérente. Je trouvai bientôt la cause de l'obstacle qui s'opposait à l'écartement de l'anse. Du milieu de sa convexité tournée en bas, se détachait un diverticule long de 8 centimètres, de la grosseur du doigt, et qui venait s'implanter par de fortes adhérences sur le bord supérieur de la trompe droite, à un centimètre environ de la corne utérine. Je détachai les adhérences, le diverticule fut lié à sa base, écrasé à la pince, et le pédicule ainsi formé enfoui par 6 points de suture de Lembert à la soie fine.

Les annexes furent ensuite réséquées.

La trompe droite était atteinte de salpingite chronique non suppurée; l'ovaire était entouré de kystes à liquide clair.

Au contraire, le diverticule intestinal, rouge, épaissi, dur, absolument semblable aux appendices enflammés que nous avons coutume de voir, était entouré de fausses membranes de péritonite récente encore infiltrées de pus.

Je suis donc autorisé à penser que l'infection avait bien eu, lors de la récente poussée de péritonite, ce diverticule lui-même pour point de départ et qu'il ne s'agissait pas là d'une propagation de l'infection de la trompe ou de l'ovaire au diverticule.

L'appendice, malade, mais sans lésions d'inflammation récente, semble aussi devoir être mis hors de cause.

La cavité du diverticule ne présentait d'ailleurs aucune trace de rétrécissement. Il y avait eu ici, comme dans de nombreux cas d'appendicite, infection par stagnation dans la cavité déclive, et cette infection envahissant la paroi avait été assez intense pour donner de la péritonite.

M. Picqué. — Je rappellerai qu'il y a quelques années, j'ai publié, en collaboration avec mon interne Guillemot, un travail sur les diverticulites de Meckel simulant l'appendicite.

Discussion sur l'appendicite.

M. Pierre Delbet. — Messieurs, je suis opportuniste en matière d'appendicite. La doctrine à laquelle je me range, je l'ai exposée il y a plusieurs années. Elle a été formulée ici par plusieurs des orateurs qui m'ont précédé, et si bien que je ne veux pas y revenir. Si je prends la parole, c'est que la discussion actuelle est en quelque sorte un dénombrement des chirurgiens; c'est un referendum et chacun de nous a presque le devoir de dire dans quel camp il se range.

Je viens de vous le dire, je suis opportuniste, et je vous demande la permission d'ajouter pourquoi je le suis.

Laissez-moi d'abord constater un fait singulier qui rend parfois notre rôle difficile. Ce fait, c'est que le public parisien a une opinion sur l'appendicite et son traitement. Cette opinion est formelle, car on n'a jamais de plus grande certitude que sur les choses que l'on ignore. Elle est naturellement simpliste et, chose merveilleuse, elle n'est point d'accord avec celle des chirurgiens. En effet, cette discussion vient de montrer clairement que la majorité des membres de cette assemblée est opportuniste; or, le public est radical; il est pour l'opération. Il absout l'opérateur quoi qu'il arrive; il condamne l'abstentionniste quoi qu'il arrive. Je me suis brouillé avec une famille pour avoir refusé d'opérer une jeune fille qui a d'ailleurs parfaitement guéri. C'est là un état d'esprit qui rend parfois notre rôle difficile.

Quels sont donc les arguments invoqués contre nous par ceux qui obéissent au commandement : Les appendicites tu opéreras, toutes indistinctement?

On a rapporté ici les observations de quelques malades qui sont morts n'ayant pas été opérés.

Pour que ces faits aient une valeur démonstrative il faut établir deux choses :

1° Que les malades ne seraient pas morts s'il avaient été opérés ;

2° Que nous, opportunistes, nous ne les aurions pas opérés.

J'insiste sur ce second point, car les interventionnistes argumentent comme si nous, opportunistes, nous n'intervenions jamais à chaud.

Quel est donc le chirurgien qui admette comme doctrine l'abstention absolue? Nous reconnaissons des indications d'opérer à chaud, et, si je ne reviens pas sur ces indications, c'est qu'elles ont été excellemment formulées. Mais qu'il soit bien entendu que nous opérons à chaud dans bien des circonstances ; je me demande même, je vous le dirai tout à l'heure, si moi personnellement, bien qu'opportuniste convaincu, je n'interviens pas trop souvent pendant la crise.

Tant qu'on n'aura pas démontré que les dits malades ne seraient pas morts s'ils avaient été opérés et que nous opportunistes nous ne les aurions pas opérés, tant qu'on aura pas fait cette double preuve, on n'aura rien fait contre nous. Je ne dis pas que les cas cités ne comportent aucun enseignement, mais je dis qu'ils n'ont aucune valeur contre notre doctrine.

Et si l'on voulait en tirer argument contre nous, ne pourrions-nous pas riposter?

Les radicaux ne guérissent pas tous les malades qu'ils opèrent à chaud. Ils nous disent que s'ils en perdent, c'est parce qu'ils ne les opèrent pas assez tôt. Peut être, mais la n'est pas la question. Ils ont opéré ces malades quand ils ont pu et non quand ils ont voulu, c'est entendu ; mais ils les ont opérés. Eh bien, peuvent-ils affirmer de science certaine que tous ceux qui ont succombé après l'opération seraient morts si on ne les avait pas opérés? En d'autres termes n'y a-t-il pas des cas où l'opération faite à chaud est nocive? C'est une grave question. C'est la question même.

Entendez-moi bien, Messieurs, je ne veux pas dire que c'est l'opération qui tue les malades ; mais je me demande si certains malades qui seraient capables de refroidir leur crise ne sont pas mis dans un état d'infériorité par le traumatisme opératoire ; je me demande si certains malades qui seraient capables de résister à la crise appendiculaire ne sont pas incapables de resister à la fois à l'appendicite et à l'opération. Je me le demande, Messieurs, et je répond affirmativement, je crois qu'il y en a.

Lesquels? me direz-vous. C'est là une affaire de nuances trop délicates pour que je puisse essayer d'en présenter une vue d'ensemble. Mais il est une certaine catégorie de faits dont notre collègue Jalaguier a essentiellement parlé et qui me paraissent avoir une

si grande importance que je vous demande la permission d'y revenir.

Les radicaux, ceux qui vivent sous le joug de la terreur appendiculaire, attribuent volontiers à l'appendicite tous les accidents qui surviennent chez les malades dont l'appendice est suspect. Qu'ils aient raison souvent, je n'en disconviens pas, mais, comme l'a dit Jalaguier, il est certainement des cas où l'appendicite, bien loin d'être la cause de l'ensemble morbide, n'est elle-même qu'un effet d'une infection généralisée. C'est alors surtout que l'intervention peut être néfaste.

Voici un exemple qui fera mieux comprendre ce que je veux dire.

Un médecin de nos amis, installé en province, avait eu plusieurs crises d'appendicite, toutes légères à la vérité. Je lui avais donné formellement le conseil de se faire opérer à froid.

Un jour, il y a trois ans, je fus mandé par dépêche pour aller l'opérer d'urgence, en pleine crise. Je partis par le premier train avec un aide et tout le matériel d'opération.

Je trouvai le malade dans un état grave, avec une température qui dépassait 39 degrés. Mais le facies n'indiquait nullement que le péritoine fût en cause; le pouls n'était pas péritonéal. Il y avait bien de la sensibilité dans la région appendiculaire, mais le péritoine ne présentait aucune réaction; pas de ballonnement, pas de matité, pas de contraction des muscles. En revanche, le foie était légèrement augmenté de volume et sensible à la pression.

En présence de cet ensemble morbide, deux hypothèses étaient possibles. On pouvait tout attribuer à l'appendice ou au contraire considérer la poussée appendiculaire comme un épiphénomène d'importance secondaire.

Dans la première hypothèse, le raisonnement était le suivant : ce malade a depuis longtemps l'appendice malade. Il fait une nouvelle poussée plus grave que les autres. La virulence des microorganismes s'est exaltée dans une cavité probablement close. C'est de son appendice que partent les microbes ou les toxines qui l'infectent. Il faut donc rapidement supprimer ce foyer d'infection pour lui permettre de guérir.

La seconde hypothèse consistait à prendre exactement le contrepied et à dire : l'appendice, bien que certainement atteint, ne paraît pas très malade. Etant donné l'absence de toute réaction péritonéale, l'absence d'empâtement, l'absence de contracture de la paroi, le peu de sensibilité, il n'est vraiment pas logique de lui attribuer un ensemble morbide aussi sérieux. Ne s'agit-il pas d'une infection intestinale due peut-être à la grippe (il y en avait à cette époque), qui a légèrement réchauffé les anciennes lésions

appendiculaires en même temps qu'elle s'est propagée au foie par le cholédoque? S'il en est ainsi, il n'y a pas de raison d'enlever cet appendice, qui n'est pas le coupable. L'opération n'aura aucun avantage, car elle ne supprimera pas l'infection ; bien au contraire, elle diminuera la résistance du malade et elle lui fera courir des risques.

C'est cette seconde hypothèse qui me parut vraie ; je l'exposai au malade, et lui déclarai que je ne voulais pas l'opérer.

La situation, je vous assure, était dramatique. Le malade était médecin ; il avait conservé toute sa lucidité ; convaincu que son appendice était la seule cause de tout le mal, il ne voulait voir dans mon raisonnement qu'une échappatoire. Il se persuadait que si je ne voulais pas l'opérer, c'est que je considérais son cas comme désespéré ; il me suppliait de ne pas le laisser mourir sans tenter l'opération.

Je sentais tout le poids de ma responsabilité et elle se présentait sous une forme particulièrement impressionnante. Je savais très bien que si le malade mourait après l'opération, personne n'aurait l'idée de me faire le moindre reproche, tandis que s'il venait à succomber sans que je l'eusse opéré, on n'aurait pas pour moi assez de sévérités.

Mais si le malade était convaincu qu'on le sauverait en lui enlevant son appendice, j'étais convaincu, moi, qu'il succomberait en moins de quarante-huit heures si on lui ouvrait le ventre. Aussi j'ai résisté, j'ai eu, permettez-moi de le dire, le courage de refuser l'opération, car, actuellement, en présence d'une appendicite aiguë, il faut plus de courage pour s'abstenir que pour opérer.



Qu'est-il advenu du malade en question? Très rapidement toute sensibilité dans la région appendiculaire a disparu, mais il a fait une infection hépatique très grave, angiocholite avec ictère ; il a heureusement guéri ; il est resté guéri et il a toujours son appendice.

Eh bien, Messieurs, j'ai la conviction profonde que si je l'avais opéré, il serait mort. Comme il avait certainement des lésions appendiculaires, on aurait dit qu'il avait succombé à une appendicite hypertoxique. En réalité, il serait mort d'une intervention inopportune.

En somme, s'il est des malades atteints d'appendicite qui meurent parcequ'on ne les opère pas, il en est d'autres qui meurent parce qu'on les opère.

Les radicaux nous disent qu'ils ne perdent jamais de malades qui ne soient condamnés du fait même de leurs lésions. Qu'en savent-ils? leur demanderai-je. Bien hardi celui qui en présence

d'une lésion inflammatoire affirme que la guérison en est impossible.

Si l'on pouvait s'en remettre sur ce point aux statistiques, on serait tenté de croire que leur affirmation est bien hasardée.

Le traitement opératoire de l'appendicite n'a pas prévalu d'emblée. Dans cette période où l'appendicite était déjà connue, sans être considérée encore par tous comme une maladie chirurgicale, vers 1890, 1891, les médecins, surtout les médecins allemands ont publié des statistiques importantes et instructives. Reuven affirmait à la Société de médecine interne de Berlin que les processus pérityphlitiques et appendiculaires n'entraînaient la mort que dans la proportion de 4 p. 100, et cela d'après les statistiques de l'armée et celles de l'hôpital de la Charité (de Berlin). Guttmann sur 96 malades n'en avait perdu que cinq. Leyden estimait la mortalité à 5 p. 100. Sahli, qui a réuni un nombre de faits considérables, 7.213, trouve une mortalité de 8 p. 100.

Ces statistiques n'ont peut-être pas une valeur absolue. Il est possible qu'à cette époque, certaines péritonites généralisées d'emblée n'aient pas été rapportées à l'appendicite qui les avait engendrées, et cependant, dans les services d'où ces statistiques sont tirées, toutes les autopsies sont faites systématiquement.

En admettant même qu'il y ait des causes d'erreur, ces chiffres n'en ont pas moins une grande importance. Pour ma part, je les trouve très impressionnants, et vous serez, je pense, de mon avis, si vous voulez vous rappeler que parmi toutes les statistiques chirurgicales qui nous ont été communiquées, il y en a une, mais une seule, qui est meilleure, et c'est celle du plus abstentionniste de nous tous, mon maître et ami Jalaguier. Et précisément, dans sa statistique, le nombre des opérations est d'environ 6 p. 100, c'est-à-dire à peu près égal au nombre des morts des statistiques médicales.

Vous me demanderez ma statistique personnelle; malheureureusement elle ne signifie rien.

Je n'ai opéré que 19 malades à chaud. Six sont morts. L'un est mort d'une hématémèse. Un autre a succombé avec un abcès sous-hépatique. C'est un malade que j'avais opéré étant de garde et que je n'ai pas suivi. Cinq avaient des péritonites généralisées lorsque je les ai opérés, et sur les cinq je n'en ai sauvé qu'un, quatre sont morts. Je vous ferai remarquer que j'opère toujours quand je considère la situation comme désespérée. Cette statistique n'aurait d'intérêt que si on pouvait rapporter le nombre d'opérations au nombre des malades que j'ai vus en état de crise. J'estime que je n'en opère pas plus de 10 p. 100, mais je ne puis l'affirmer avec précision, parce que je n'ai pas conservé de notes sur les malades

que j'ai vus sans les opérer. C'est cette faute qui enlève toute valeur à ma statistique.

Mais je puis vous dire que sur tous les malades que j'ai vus en état de crise sans les opérer, un seul a succombé, et encore je n'accepte pas la responsabilité de sa mort, car ce malade, je l'ai vu une fois, je ne l'ai pas suivi. Je ne sais pas comment il a été soigné, je ne sais pas ce qui s'est passé, ni si on aurait pu l'opérer ultérieurement. Parmi les malades que j'ai soignés et suivis je n'ai jamais eu à regretter de m'être abstenu.

Sur les malades opérés à froid, je n'ai jamais eu de décès; mais là n'est pas la question.

Je passe à un autre argument qui, bien que de second ordre, n'en a pas moins une réelle importance.

Quand on opère à chaud, dans la très grande majorité des cas, on est obligé de drainer. Or la cicatrice d'une plaie abdominale qui a été drainée est toujours suspecte. Elle cède facilement et l'éventration est une infirmité fort pénible. Mon ami Poirier n'a pas nié la fréquence de l'éventration, mais il déclare que ses inconvénients ne peuvent pas être mis en parallèle avec les dangers de l'abstention. A l'entendre, on dirait qu'il n'y a pas d'autre alternative que l'éventration ou la mort. Et précisément, il y en a une autre, c'est de guérir les malades sans éventration en les opérant à froid et c'est elle que nous préférons.

Pour les deux raisons, que je viens de vous dire, j'ai toujours été opportuniste. Je ne me sens pas du tout entraîné à le devenir moins. Au contraire. Bien que je n'opère certainement pas dix pour cent des malades que je vois en état de crise, je me demande si je n'en opère pas encore trop; et si j'évolue, c'est plutôt vers l'abstention que vers l'intervention.

Permettez-moi de vous citer un fait qui m'a plus particulièrement conduit à me demander si je n'opère pas trop.

Cet été je fus appelé près d'une jeune fille qui était au troisième jour d'une crise appendiculaire d'apparence grave, sa température dépassait 39 degrés. Ce n'est pas là ce qui m'a impressionné, car elle avait un abcès dentaire qui pouvait jouer un rôle dans l'élévation thermique. Ce qui me frappa, ce fut la douleur. Elle n'était pas généralisée à tout l'abdomen, mais elle dépassait de beaucoup les limites de la région appendiculaire; elle était diffuse et d'une acuité extrême. Me rappelant une communication alors récente de M. Quénu, je conseillai nettement l'opération. Les parents demandèrent à différer jusqu'au lendemain. Le lendemain matin, la douleur avait disparu, la fièvre était tombée, la malade était presque guérie. Si j'avais été libre la veille, il est très probable que j'aurais opéré. J'aurais eu tort.

Je suis donc de plus en plus éloigné de la formule algébrique : appendicite = opération. Cette formule, dans sa rigueur simpliste, ne vous rappelle-t-elle pas certaines publications dont le public était inondé il y a quelques années ou le traitement de toutes les maladies était indiqué de manière analogue bronchite = tel médicament, — péritonite = tel autre médicament. De telles affirmations portaient à rire, car elles supposaient une prodigieuse méconnaissance de ce qui fait la difficulté et pour une grande part l'intérêt de notre art, je veux dire l'appréciation des médications. N'en est-il pas un peu de même de la formule qu'on nous vante actuellement? Peut-on admettre que seule, entre toutes les maladies, l'appendicite comporte une solution aussi grossière? A-t-elle donc une évolution si parfaitement régulière et constante qu'on soit en droit de lui appliquer toujours le même traitement? je ne le crois pas. Là, comme ailleurs, en fait de thérapeutique, l'appréciation des indications est le commencement de la sagesse.

M. Tillaux. — Il y a quelques années, un certain nombre de nos collègues me prièrent de protester ici, en ma qualité d'ancien, contre la formule de M. Dieulafoy : on ne doit pas mourir d'appendicite. Et M. Dieulafoy m'ayant alors convoqué à une joute oratoire à l'Académie de médecine, je me rendis à son invitation et prononçai un discours où je me montrai tout à fait opportuniste. Je ne veux pas revenir sur ce que j'ai dit à cette époque, mais je tiens à déclarer que d'après ce que j'ai observé depuis lors, je suis resté absolument dans les mêmes idées.

Des formes toxémiques de l'appendicite.

M. Quénu. — Contrairement aux partisans des formules simples, absolues et applicables à tous les cas, je persiste à croire que la solution des questions, qui nous divisent sortira d'une analyse plus complète des formes cliniques et anatomiques de l'infection appendiculaire. Les formes cliniques sont extrêmement différentes, bien que la maladie soit une; aussi n'est-il pas raisonnable d'exiger de nous un signe constant, pathognomonique qui différencie absolument les formes graves des autres, comme si le signe pathognomonique était, je ne dirai pas la règle, mais l'habitude en pathologie.

Les divisions de l'appendicite ordinairement usitées en clinique chirurgicale me paraissent incomplètes et insuffisantes.

La plus essentielle à mon avis est celle qui tient le plus grand compte des accidents toxémiques. C'est au professeur Dieulafoy que nous devons cette conception de la toxémie appendiculaire. Il en fit l'exposé à la tribune académique en 1898, et il y est revenu à maintes reprises dans ses leçons, en particulier dans les volumes II, et III de ses *cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu.*

La toxémie peut être, et habituellement est secondaire; elle s'ajoute aux accidents d'infection tels que les abcès, la péritonite circonscrite ou diffuse. Mais elle peut être primitive, s'établir d'emblée et tuer le malade avant qu'aucune trace de suppuration ou de gangrène ait eu le temps de se manifester, de telle sorte qu'avec les signes d'une maladie aiguë générale, on trouve un appendice libre, sans la moindre adhérence, sans la moindre réaction péritonéale.

La plupart des pathologistes ont établi une échelle dans la gravité de l'appendicite; cette échelle commence à la lésion catarrhale simple se traduisant cliniquement par une colique passagère et finit à la scepticémie péritonéale ou à la péritonite diffuse.

Or, dans la forme que je signale après M. Dieulafoy, l'intermédiaire péritonéal peut manquer, l'intoxication s'accomplit sans la participation du péritoine.

Les exemples que nous fournit M. Dieulafoy sont pour la plupart des formes mixtes à la fois infectieuses et toxiques : le malade opéré par M. Fredet portait en arrière du cæcum une petite collection purulente fétide; chez l'opéré de M. Marion, il existait une gangrène partielle de l'appendice et un abcès périappendiculaire infect; il en est de même des opérés de MM. Routier, Hartmann, etc. Toutefois une observation de M. Routier se distingue des autres : elle a trait à un enfant de onze ans devenu malade un samedi matin, offrant le lendemain dimanche tous les signes d'une intoxication générale et opéré ce même jour à midi, soit un peu plus de vingt-huit heures après le début. L'enfant succomba. Or, l'appendice n'était ni gangrené ni perforé, et il n'existait aucune adhérence périappendiculaire. Malheureusement l'observation manque d'examen histologique ou tout au moins cet examen n'est pas rapporté (1).

A ces exemples de toxémie appendiculaire, je viens ajouter une observation plus nette encore, car chez mon petit malade âgé de dix ans les accidents péritonéaux n'ont existé à aucun moment, ni avant ni après l'opération, et celle-ci a permis de constater l'intégrité absolue du péritoine et de la région périappendiculaire.

(1) *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 338 et suivantes.

Cet enfant (observation I) âgé de dix ans, assez frêle, très nerneux, qu'on avait élevé non sans difficultés, avait eu une légère grippe un mois auparavant; il sortait et avait repris ses occupations scolaires depuis une huitaine de jours. Or, un lundi matin de décembre dernier il se leva un peu fatigué, accusant un certain malaise assez vague. Néanmoins il se rendit au lycée, fit une composition pour laquelle il fut classé troisième, mais rentra à dix heures très mal entrain. On prit sa température, il avait 39 degrés.

Le D[r] Oulmont appelé vers 5 ou 6 heures lui trouva une forte fièvre (39°5), le pouls fréquent, et une douleur des plus nettes à la pression au point de Mac Burney, il n'y avait eu ni vomissements, ni douleurs spontanées bien accusées; le ventre n'offrait aucun ballonnement. Le cas parut assez bénin, d'autant que d'habitude l'enfant était naturellement assez excité, et que son pouls devenait assez volontiers fréquent devant le moindre accès fébrile; le traitement par la glace en applications locales et par la diète hydrique fut institué.

Je vis cet enfant en consultation avec le D[r] Oulmont le lendemain mardi à trois heures, soit vingt-neuf heures après le moment, non où s'était vraisemblablement déclarée la maladie, mais le moment où l'enfant avait été reconnu malade et avait dû s'aliter. Nous avons appris en effet que dans la nuit il avait pressenti une légère douleur abdominale qu'il appelait, en l'interprétant, une « fausse position ».

En examinant le petit malade, je fus frappé par son état général son agitation, et la variabilité de son pouls dont la fréquence oscillait entre 135 et 140 pulsations; la température axillaire atteignait 39°5. La douleur à la pression au point de Mac Burney et là seulement était des plus nettes.

En opposition avec cet état général, le ventre était peu sensible, se défendant à peine au point de Mac Burney, ailleurs souple, non tuméfié et indolent; rien à noter du côté des fonctions urinaire et intestinale.

Nous apprîmes d'autre part que cet enfant était sujet à des crises de forte fièvre qu'on traitait par le sulfate de quinine et qu'on interprétait comme le résultat de petites infections intestinales. Aussi l'entourage n'était-il guère alarmé. Je fus dès le premier abord, je l'avoue, mal impressionné par le facies, et le contraste entre l'intensité des phénomènes généraux et le peu de réaction locale; je portai un pronostic grave, conseillai une intervention immédiate et demandai une consultation.

La consultation eut lieu à 6 h. 1/2 entre MM. Oulmont, Dieulafoy, Jalaguier et moi. Nous fûmes unanimes à accepter sans restriction aucune le diagnostic d'appendicite aiguë et après quel-

ques explications, nous fûmes d'avis qu'il s'agissait d'une forme grave imposant une opération immédiate.

L'opération fut pratiquée à 9 h. 1/4 rue Bizet, soit un peu plus de trente-cinq heures après le début des accidents aigus, en présence de MM. Dieulafoy, Oulmont et Touchard avec l'assistance de mes internes et de mon ami Jalaguier. J'avais prévenu en prenant le bistouri que vraisemblablement nous trouverions un appendice libre, et de fait l'appendice n'adhérait que par quelques brides sèches, anciennes. Aucune injection du cæcum ou des anses grêles; la surface appendiculaire paraissait seulement un peu plus vascularisée. L'opération se fit rapidement, correctement.

La péritonisation du moignon fut bien soignée et un drain de précaution installé à l'extrémité inférieure de l'incision :

Suites opératoires :

Le lendemain mercredi la température resta élevée, à 39°5, atteignant même près de 40 degrés dans la nuit. Les urines étaient assez abondantes (plus d'un litre) et non albumineuses. La nuit suivante sous l'influence d'enveloppements humides répétés, la température s'abaissa à 37°5 et même un peu au-dessous, mais le pouls resta au-dessus de 130. L'agitation demeurait incessante. Il y eut une garde-robe normale et émission facile de gaz.

Le jeudi matin le ventre est souple, plat, indolent à la pression. L'état général reste le même. Emission de 600 grammes d'urine la nuit. Pas d'ictère. M. Dieulafoy qui suit le malade avec nous deux et trois fois par jour constate un léger souffle au cœur qu'il interprète comme un signe d'endocardite (1).

Dans la journée du jeudi l'état s'aggrave encore; les vomissements noirs sont apparus, l'agitation est extrême; la fonction rénale faiblit, les urines sont rares et chargées d'albumine. L'état du ventre ne varie pas, l'enfant est allé à la selle spontanément. Le facies s'altère, se grippe, le teint devient plombé, l'enfant veut arracher son pansement et porte fréquemment la main sur la région thoracique droite, comme s'il souffrait dans l'hypocondre droit, mais il n'accuse aucune douleur quand on appuie autour de la plaie. Pas la moindre trace de météorisme. Vers minuit on est obligé de faire une piqûre de morphine tant l'agitation est grande et le pauvre enfant étant du reste perdu. Peu à peu l'enfant tombe dans le coma. Le vendredi reparaissent des vomissements sanglants extrêmement abondants et la mort survient le vendredi dans l'après-midi.

(1) M. Dieulafoy a déjà observé plusieurs cas d'endocardite appendiculaire (communication orale). Voir également un cas avec autopsie de Porte (*Dauphiné médical*), Août, 1896.

Nous avons examiné l'appendice avec le plus grand soin. Extérieurement il n'offrait aucune autre lésion que des brides et filaments d'ancienne date. En le fendant d'un bout à l'autre, nous notons qu'il n'existe aucune oblitération ni rétrécissement de la cavité. La surface muqueuse offre un aspect différent suivant qu'on considère la moitié tournée vers le cæcum ou l'autre.

Le segment périphérique a sa muqueuse injectée, renferme trois petits calculs stercoraux et présente une ulcération superficielle de un demi-centimètre environ de diamètre. Le segment cæcal n'offre aucune grosse lésion macroscopique apparente. La coloration de la muqueuse est simplement un peu plus rouge qu'à l'état normal; aucun point de coloration verdâtre ou feuille morte, aucune odeur de sphacèle.

L'examen histologique de tout l'appendice a été fait avec le plus grand soin par M. Landel et par moi. Nous avons examiné ensemble plus de cent coupes en séries.

Voici le résumé de nos constatations.

Obs. I. *Appendice* A. — M. X..., âgé de dix ans, opéré trente-six heures après le début.

Portion terminale. — Surface épithéliale conservée dans la plus grande partie de son étendue: mais, même là ou elle est conservée, elle est soulevée par places par des petites hémorragies sous-épithéliales entre les follicules et l'épithélium, contre les éléments les plus superficiels du follicule. Cette petite couche hémorragique forme une sorte de petite nappe très mince. Ailleurs, l'épithélium a conservé ses connexions normales ;mais les cellules sont envahies par les leucocytes qui se creusent comme des cavités au centre des épithéliums, cavités remplies par quatre ou cinq amas nucléiformes. En un point qu'on retrouve sur toutes les coupes en série, il existe une véritable brèche, une surface ulcérée, dépourvue complètement d'épithélium, s'enfonçant dans la nappe folliculaire. Dans cette brèche, on trouve au fond des débris cellulaires et un réticulum fibrineux. La couche folliculaire est très épaissie, sous-jacente aux glandes, mais débordant celles-ci, les écartant, les refoulant à la périphérie. Les glandes paraissent intactes. Les vaisseaux de la couche folliculaire renferment de gros leucocytes et leur revêtement endothélial se compose de cellules tuméfiées et faisant saillie dans la cavité. Ces vaisseaux *ne sont pas thrombosés*, sauf un cependant, sur une des coupes, dans la région sous-épithéliale.

Dans la couche sous-muqueuse, nous retrouvons des artères, veines et capillaires *non thrombosés*, mais renfermant des quantités de globules blancs.

Dans la couche musculaire, gros capillaires à endothélium tuméfié faisant saillie dans la lumière du vaisseau. Il y a aussi des petits vaisseaux renfermant des éléments lymphatiques des diverses sortes et dont les cellules endothéliales ne semblent point tuméfiées.

Les vaisseaux de la couche péritonéale sont presque tous trombosés; Ils se présentent avec une coloration orange caractéristique (éosine). On y remarque une transformation en une substance granuleuse, amorphe, de tout le contenu globulaire. Une artériole à plusieurs couches de fibres lisses est également remplie d'un caillot. Un peu plus loin, on retrouve les coupes de cette artériole qui renferme une quantité considérable de leucocytes.

A une petite distance, il existe une hémorragie interstitielle, véritable petit hématome rempli de globules rouges altérés, d'un reticulum fibrineux et d'un amas de leucocytes.

De sorte qu'en somme, ce qui domine, c'est l'altération vasculaire et *l'absence complète de foyers leucocytaires* en dehors des vaisseaux. Nulle part, dans aucune couche, il n'existe d'amas de leucocytes.

Bout cæcal. — En de nombreuses places, l'épithélium manque et la partie superficielle des glandes et de la couche folliculaire est détruite. Prolifération des éléments lymphatiques à ce niveau.

Aucun signe de nécrose au centre du follicule ; la couche sous-muqueuse est comme scléreuse, épaissie et infiltrée de cellules rondes qui en certains points sont réunies en amas. Les vaisseaux sont perméables.

La couche musculaire présente des capillaires à endothélium tuméfié et à contenu riche en polynucléaires et en lymphocytes.

Les vaisseaux de la couche péritonéale sont presque tous trombosés; de l'un de ces vaisseaux part un capillaire qui est rempli de leucocytes.

Des colorations à la thionine, au violet de gentiane et à la méthode de Gram ont été faites dans le but de rechercher les microorganismes.

Ces procédés ont montré dans la couche folliculaire et surtout dans la couche péritonéale, seulement à l'intérieur des vaisseaux, soit dans les phagocytes soit en dehors, une certaine quantité de petites sphérules régulièrement arrondies, parfois réunies par deux, ayant l'aspect de *cocci*. Ces corpuscules étant en petit nombre, on ne peut affirmer, bien que ce fait semble probable, qu'il s'agisse de microbes.

Nous avons comparé ces préparations avec celles qu'il nous a été donné de faire sur d'autres pièces d'appendicites aiguës, et en particulier sur un appendice enlevé vingt-six heures après le début des accidents, et dont la muqueuse seule était gangrenée (1), et sur un appendice enlevé à la fin du troisième jour (2), et dont toutes les tuniques étaient atteintes par le sphacèle.

La physionomie clinique de ce dernier cas (observation II) se rapprochait de celle de notre observation première, en ce sens

(1) Enfant de huit à neuf ans, opéré à la fin de mars 1902 : gangrène de la muqueuse, polyadénopathie mésentérique. Observation communiquée à la Société de chirurgie en 1902. Observé avec le Dr Vicent.

(2) Enfant de douze à treize ans, opéré au mois de novembre 1902, observé avec le Dr Villeprand.

que les phénomènes généraux avaient prédominé dès le premier jour : la maladie avait débuté un vendredi par une élévation brusque du thermomètre qui s'était maintenu à 39 degrés les deux premiers jours.

Lorsque je vis l'enfant, le dimanche après-midi, je le trouvai plutôt abattu, les téguments de la conjonctive nettement ictériques, le pouls à 120, la température à 38°6. L'urine, peu abondante, contenait des flots d'albumine. En regard de ces signes d'intoxication générale, le ventre était à peine douloureux, non tuméfié ; la pression au point de Mac Burney réveillait, toutefois, une douleur vive. L'opération fut pratiquée à 5 heures, rue de la Santé.

Nous trouvâmes un appendice gangrené qui fut enlevé.

Large drainage. La température et le pouls ne descendirent que le surlendemain. Les urines restèrent peu abondantes pendant plusieurs jours, et toute la semaine présentèrent toutes les réactions du pigment biliaire. La jaunisse s'accrut les deux jours qui suivirent l'opération, puis décrut peu à peu.

Le rétablissement était complet au bout d'un mois, et les urines redevenues normales.

Obs. II. *Appendice.* — J. M..., enfant d'une dizaine d'années, opéré en novembre 1902, le quatrième jour : gangrène de l'appendice.

On remarque dans cet appendice deux dilatations occupant la moitié terminale et séparées par une portion rétrécie ; elles sont remplies de calculs stercoraux. La portion cæcale est relativement peu altérée.

Dans l'une des portions dilatées, les parois de l'appendice sont presque entièrement envahies par la gangrène ; du côté de la muqueuse, on rencontre un réticulum fibrineux infiltré de lymphocytes et de polynucléaires et contenant de gros vaisseaux thrombosés avec de nombreux foyers hémorragiques ; du côté du péritoine et de la couche musculaire longitudinale, des débris de fibres musculaires et conjonctives au milieu d'une *abondante infiltration de leucocytes* ; il y a également des vaisseaux thrombosés et des foyers hémorragiques. Entre ces deux parties, on trouve une bande de tissu musculaire relativement moins altéré que les éléments voisins.

Le méso-appendice est également infiltré d'éléments lymphatiques : on y remarque l'artère non altérée et non thrombosée, bien qu'elle contienne sur certaines coupes quelques globules rouges.

A côté de l'artère principale, on aperçoit de nombreux vaisseaux tous thrombosés ; les globules rouges sont en partie transformés en une matière amorphe. Tous ces vaisseaux sont entourés d'amas leucocytaires et renferment une grande quantité de polynucléaires.

Dans une portion dilatée moins altérée que la précédente, où l'on retrouve encore l'épithélium et les culs-de-sac glandulaires, on constate la même infiltration de leucocytes, les mêmes vaisseaux thrombosés et

les mêmes foyers hémorragiques dans toute l'épaisseur de l'appendice; le méso est également infiltré de leucocytes, comme d'ailleurs sur toute la longueur de l'appendice ; la thrombose y paraît aussi de date relativement ancienne.

Dans l'observation III (enfant opéré vingt-six heures après le début des accidents), le tableau clinique fut tout différent. Avec une température peu élevée, n'atteignant pas 38°5, un pouls dépassant à peine 100, les phénomènes locaux étaient très accusés, la douleur très vive, diffuse, à distance.

Nous trouvâmes un appendice libre, sans abcès péri-appendiculaire, mais les ganglions mésentériques étaient tuméfiés et rouges.

Obs. III. *Appendice.* — Enfant opéré fin mars 1902 : *gangrène de la muqueuse.*

Epithélium absent presque sur toute la surface de la muqueuse. Dans les rares points où il subsiste, il est soulevé et détaché des portions sous-jacentes par de petits foyers hémorragiques au milieu desquels on trouve ordinairement un capillaire thrombosé renfermant beaucoup de polynucléaires.

Quelques culs-de-sac glandulaires peu altérés se retrouvent dans les régions correspondant à ces bandes épithéliales.

La couche folliculaire se présente sous la forme d'une vaste nappe d'éléments lymphoïdes parmi lesquels prédominent les polynucléaires, et où il est difficile de retrouver des vestiges de follicules clos.

Cette couche renferme, d'une part, un grand nombre de canaux ramifiés, à endothélium normal, ne renfermant que des éléments lymphatiques et semblant correspondre à des vaisseaux de cet ordre ; elle renferme, d'autre part, de nombreux capillaires sanguins thrombosés contenant des globules rouges peu altérés et des polynucléaires.

A la place de la sous-muqueuse, contre la musculeuse, on trouve une sorte de gangue fibreuse rappelant un tissu de sclérose, et contenant des polynucléaires. On y trouve de grandes cavités vasculaires, renfermant parfois des globules rouges; toutes renferment, par contre, des lymphocytes de diverses sortes ; quelques-unes paraissent thrombosées.

La couche musculeuse montre les éléments musculaires dissociés par de nombreux espaces, les uns sans parois propres, les autres entourés d'un endothélium à grosses cellules ; tous renferment une quantité assez considérable de lymphocytes et de polynucléaires.

La séreuse péritonéale contient une grande quantité de gros capillaires tous thrombosés ; autour de ces vaisseaux et dans leur cavité, on remarque une abondante quantité d'éléments lymphatiques, répandus d'ailleurs aussi dans toute l'épaisseur de la séreuse.

En résumé, les caractères histologiques dominants sont : une gan-

grène prononcée de la muqueuse avec thromboses vasculaires; infiltration complète des parois de l'appendice par les polynucléaires, et, enfin, thrombose à peu près complète des vaisseaux de la séreuse péritonéale, avec infiltration leucocytaire de cette membrane et présence de nombreux foyers inflammatoires autour des vaisseaux.

Dans toutes ces pièces, le caractère commun est la localisation principale des désordres dans la couche folliculaire, mais ailleurs les lésions sont bien différentes.

Dans l'observation III (gangrène totale), on peut constater malgré la nécrose des tissus leur abondante infiltration par des leucocytes, aussi bien dans la muqueuse que dans la séreuse et les couches intermédiaires. Le méso-appendice est également infiltré d'éléments lymphatiques.

L'intensité du processus diapédésique se révèle encore plus dans l'observation II; toutes les parois de l'appendice sont infiltrées par les polynucléaires.

En opposition avec ces deux séries de pièces, toutes les préparations de l'observation I, surtout celles qui portent sur le demi-segment périphérique, accusent une faible prolifération leucocytaire. A part la couche la plus superficielle de la muqueuse, nous ne trouvons ni dans la sous-muqueuse, ni dans les tuniques musculaires, ni surtout dans la séreuse, aucun foyer cellulaire, aucun amas de leucocytes; on dirait que la diapédèse a fait défaut. Et pourtant il s'agit bien de lésions aiguës de l'appendice, comme en témoignent les ulcérations aiguës superficielles de la muqueuse, les petites hémorragies sous-épithéliales, et les thromboses vasculaires de la couche péritonéale.

D'autre part, l'examen du segment cœcal nous révèle l'existence de lésions scléreuses au niveau de la muqueuse, apportant ainsi un appui à cette opinion de Letulle « que l'appendicite aiguë ne représente qu'une complication de l'appendicite chronique » (1).

L'examen histologique de notre premier cas nous amène donc à cette constatation importante d'une diapédèse nulle ou insignifiante en face d'un cortège symptomatique des plus graves et d'une terminaison funeste. Aucun pathologiste ne viendra soutenir qu'il y ait là pure coïncidence. Nous savons, en effet, que les maladies les plus toxiques sont précisément celles qui ont la diapédèse la plus restreinte (2).

(1) Letulle, *Presse médicale*, 4 août 1897.

(2) Letulle, *L'Inflammation*, p. 110. « Les maladies les plus virulentes telles que la rage, le charbon et le tétanos exercent leurs ravages sur l'organisme, on pourrait presque dire à l'insu de la diapédèse, et les recherches modernes tendent à établir une corrélation importante entre certaines maladies ultra-virulentes et l'absence de diapédèse. »

Mais pourquoi cette diapédèse est-elle limitée dans certains cas? Faut-il incriminer la virulence du contenu appendiculaire et admettre « la sécrétion d'une substance chimique s'opposant à l'issue des globules blancs hors des vaisseaux » (1)? C'est possible, mais il est aussi rationnel d'incriminer le terrain et le pouvoir défensif de l'individu. Le petit malade que nous n'avons pu empêcher de succomber sortait à peine d'une convalescence de grippe, et sa résistance aux infections était naturellement médiocre.

On me permettra, je pense, de chercher un argument de fait, en dehors de l'infection appendiculaire. Il y a quelques années, j'eus la douleur de perdre mon assistant, le Dr Gündelach, dans les circonstances suivantes. Un dimanche de Pentecôte, et pendant mon absence, mon assistant me remplaçait à la consultation de la fondation Pereire. Un jeune enfant lui fut amené portant au bout du doigt un panaris très limité et des plus simples. En incisant ce panaris, le Dr Gündelach se piqua légèrement la pulpe de l'index (gauche s'il m'en souvient) il se trempa le doigt dans une solution de sublimé, et mit un pansement sommaire. Le lendemain, il fut pris d'un frisson et garda la chambre. Le surlendemain mardi et le mercredi, il dut s'aliter, en proie à la fièvre et à un malaise général. Le professeur Gilbert fut appelé et on pensa à une infection grippale tant les phénomènes généraux prenaient toute la place. De la piqûre, il n'était plus question, il n'y avait plus de pansement, il ne s'était produit aucune lymphangite, aucune réaction axillaire; cependant, devant l'allure bizarre et menaçante des symptômes, l'attention fut reportée du côté du doigt dont la petite plaie était douloureuse, ouverte et sèche, et je fus appelé en consultation le jeudi à 4 heures. Je constatai tous les signes d'une intoxication suraiguë; la température dépassait 40°5 le pouls était à 130, la figure rouge, le teint animé; le malade agité et loquace accusait une petite douleur au niveau de l'index ; la plaie était légèrement rouge, sans suppuration et sans induration à l'entour. Je découvris, en outre, que le mollet gauche était douloureux (depuis la veille) et qu'il existait une plaque de phlébite le long de la saphène externe; nulle part, ni du côté de la gorge et des poumons, n'existait aucune localisation inflammatoire. Le malade succomba dans la nuit; or, depuis longtemps déjà, il se surmenait, travaillait très avant dans la nuit, avait une mauvaise hygiène alimentaire, et de temps à autre son urine renfermait quelques traces d'albumine.

Dans cette observation, nous possédons au moins quelques notions sur les deux facteurs en présence. La virulence du pus?

(1) Letulle, *Loc. cit.*

mais ce pus n'avait occasionné chez l'enfant qu'une lésion locale, un simple petit abcès; inoculé à un affaibli et surmené, il ne produisit aucune suppuration, aucun travail d'arrêt; les lymphatiques, réseaux ou troncules, les ganglions demeurèrent muets, et le poison se dissémina librement à travers les voies sanguines.

On peut de même soutenir que dans les formes toxiques de l'appendicite, une large part revient au mauvais état général du sujet.

Une autre considération, locale cette fois, pourrait peut-être être invoquée.

Il est à remarquer que les formes graves d'appendicite surviennent rarement d'emblée, mais que, dans la plupart des cas, elles ont été précédées par de petites crises répétées, parfois insignifiantes. Or, ces petites inoculations incessantes portent évidemment atteinte à l'intégrité anatomique et fonctionnelle de l'appareil folliculaire qu'on peut comparer à un appareil amygdalien chroniquement infecté et diminué, sinon annihilé comme appareil de défense. En résumé, il faudrait, à mon sens, accorder autant d'importance à l'insuffisance de l'appareil lymphatique (résultant d'infections chroniques ou répétées), et à l'état général, qu'à l'exaltation de la virulence du contenu appendiculaire.

L'étude comparée des trois pièces dont j'ai donné l'analyse histologique nous révèle encore quelques particularités dignes d'intérêt. Nous avons été frappé de la précocité avec laquelle se thrombosaient les vaisseaux du péritoine appendiculaire : cette thrombose existait dès la vingt-sixième heure dans une de nos pièces. Or, on sait que la coagulation sanguine résulte de l'action sur le sang des oxydases ou ferments sécrétés par les leucocytes en présence de l'attaque microbienne. Comme cette thrombose devance celle des vaisseaux de la couche vasculaire sous-muqueuse et même de la muqueuse, on peut se demander si la première défense, vis-à-vis de ces vaisseaux péritonéaux, à contenu infecté, ne provient pas de la cavité péritonéale par les cellules lymphatiques qui, à l'état normal, vaguent dans la séreuse.

L'oblitération thrombosique des vaisseaux péritonéaux nous semble donc, en résumé, un fait précoce dans les formes graves d'appendicite et précède la thrombose des vaisseaux de la couche sous-muqueuse; à l'oblitération de ces derniers correspond la gangrène totale de l'appendice; celle-ci est donc à la fois le résultat de l'action nécrosante des toxines sur les éléments épithéliaux et folliculaires et de l'oblitération vasculaire consécutive. La gangrène est dans une certaine mesure un processus de défense; c'est un moyen médiocre, inférieur à la suppuration, mais, somme toute, c'est un moyen de limitation apportant une

certaine entrave temporaire à la diffusion par le sang des toxines émanées de la cavité appendiculaire. Cette conception de la pathologie appendiculaire nous fait concevoir la possibilité de ranger sous deux types les nombreuses formes cliniques graves observées.

A l'un de ces types qu'on peut après Dieulafoy appeler toxémique ou toxi-infectieux se rapportent les formes où les phénomènes généraux priment tout, les phénomènes locaux n'existant que tout juste pour permettre d'affirmer la maladie. A l'autre correspondent tous les cas de réaction péritonitique qui forment la masse des observations publiées.

Il est bien entendu que je suppose l'observation à son début, précoce; plus tard, en effet, presque toutes, sinon toutes les variétés, peuvent aboutir à l'infection ou à l'intoxication générale ou créer à distance des foyers secondaires, pleuraux ou hépatiques, capables d'égarer l'interprétation des faits.

Cliniquement il est donc possible, quoi qu'ait prétendu M. Routier et d'autres avec lui, de faire un certain départ entre ces deux grandes divisions. Fréquemment on nous cite, pour nous démontrer l'impossibilité de décéler la gravité des formes cliniques, les exemples d'enfants venus à pied à la consultation et paraissant peu souffrir du ventre.

Sans doute, mais chez ceux-là vous retrouvez des signes d'un autre ordre; tantôt c'est une jaunisse précoce comme chez un garçon, cité par M. Dieulafoy, qui vint à pied à l'Hôtel-Dieu, ou chez une fillette observée par M. Routier (1); tantôt c'est une altération prononcée des traits, une diarrhée (2) avec ou sans vomissements, une sécheresse de la langue, une température élevée (39 degrés) sans rémission dès le début, un pouls dépressible et fréquent, l'agitation incessante et sans motifs, l'albuminurie, tous les signes, en un mot, isolés ou associés qui donnent à un médecin instruit l'impression qu'une atteinte grave a été portée à l'organisme et qu'il est en présence d'une maladie générale.

Dans les formes graves à réaction surtout locale, la gravité provient de l'intensité ou de l'évolution rapide des lésions locales, abcès ou gangrène, aboutissant ou non à la perforation. Les caractères locaux de la douleur : la douleur à distance, sa diffusion précoce, son intensité anormale, son exaspération sous forme de crises, l'exagération du météorisme, la réaction excessive du

(1) *Clinique méd.*, Dieulafoy, t. II, p. 340.

(2) Malade de Routier (Dieulafoy, p. 350), et malade observé par moi à Chaumont, atteint d'appendicite gangreneuse.

péritoine qui s'accuse par des vomissements répétés, le retentissement sur la vessie, etc., voilà, en somme, autant de signes capables de nous renseigner sur l'acuité et la gravité de l'appendicite. Je ne saurais trop répéter que je me place toujours dans l'hypothèse d'une observation faite dans les vingt-quatre ou les trente-six premières heures, car, plus tard, les lésions, purement locales d'abord, aboutissent secondairement à la création d'une forme toxique.

Telles sont, développées, les indications opératoires que j'avais simplement énumérées dans ma première et courte communication.

Je voudrais, avant de terminer, dire un mot de l'intervention et de ses résultats dans les formes toxiques, d'emblée. J'ai opéré mon pauvre petit malade trente-cinq heures après le début des accidents aigus et il a succombé. M. Routier a opéré un enfant de onze ans vingt-huit ou trente heures après le début; la mort survint vingt-quatre heures après l'opération; ces exemples pourraient vraisemblablement se multiplier et suffisent à démontrer que la période de trente-six heures donnée comme période de répit à la famille et au chirurgien peut être une période trop longue.

Faut-il conclure de ces insuccès, comme de bons esprits l'ont fait, que dans ces cas hypertoxiques l'abstention est préférable, puisque le secours est insuffisant, et que peut-être on vient troubler la défense individuelle par le choc opératoire et l'intoxication chloroformique surajoutée à l'autre? Personnellement, je ne suis pas de cet avis. D'abord, on n'est jamais sûr que ces phénomènes toxémiques ne sont pas entretenus, sinon déterminés par une lésion gangreneuse de l'appendice (observation III). Et, de plus, même lorsque le poison a diffusé, n'est-ce pas quelque chose que d'en tarir la source?

N'avons-nous pas tous obtenu des succès en amputant des tétaniques?

La conclusion à tirer de ces études ne serait donc que celle-ci : dans certaines formes d'appendicite hypertoxique d'emblée, le délai de trente-six ou quarante-huit heures est trop long.

L'opération n'aurait de chances de succès que pratiquée dans les vingt-quatre premières heures. Aux faits cliniques et à l'avenir de répondre.

M. Tuffier. — Les toxémies appendiculaires, si bien étudiées par M. Dieulafoy, prêtent à des considérations intéressantes. Je laisse de côté les questions d'ordre général dont vient de nous parler M. Quénu, pour m'arrêter à son observation, au fait de cet enfant qui a succombé après l'opération. Il ressort de l'histoire de

ce petit malade que les accidents graves qu'il présentait avant d'être opéré sont devenus plus menaçants encore, et cela très rapidement, après son opération. Avant son opération, il n'avait ni albumine, ni endocardite, ni oligurie; après l'intervention sont apparus de l'albuminurie, un souffle d'endocardite infectieuse et de l'anurie; le tout a conduit le malade à la mort. Tous ces accidents sont exclusivement d'ordre *toxique*. Ce fait n'est pas rare dans l'histoire des toxémies appendiculaires, et les observations de mort post-opératoire se présentent presque toujours avec cette rapidité et ce complexus symptomatique. Eh bien, en quoi et comment l'acte opératoire influence-t-il l'état de ces malades? On invoque le chloroforme et le traumatisme. Je crois ces deux causes insuffisantes pour provoquer d'aussi graves accidents, et je pense qu'il faut s'adresser à un autre facteur. L'enfant qui fait le sujet de l'observation de Quénu avait une appendicite déterminant des phénomènes toxémiques; l'aggravation de tous ces symptômes après l'opération correspond donc à une augmentation de cette toxémie. Je me demande si, dans ces cas, les manœuvres exercées sur l'appendice n'ont pas favorisé l'absorption brusque d'une quantité infime de toxine contenue dans cet appendice, et si cette nouvelle absorption n'explique pas les accidents ultérieurs. Nous savons que la virulence de ces poisons est telle qu'il suffit de quelques dixièmes de milligramme pour faire éclater des accidents très graves sinon mortels, et, chez un malade déjà en proie à des phénomènes d'empoisonnement aigu, la dose, pour être mortelle, doit être bien plus faible encore. Or, si l'on n'y prend pas garde, et même si on ne prend que les précautions d'usage dans ces cas pour extirper l'appendice, on peut, par une simple pression, une simple traction, provoquer le passage de ces toxines dans les vaisseaux. Ce passage est d'ailleurs favorisé, facilité par les exulcérations et la friabilité de la muqueuse appendiculaire. Ne voyons-nous pas de semblables toxémies tuer nos malades dans les infections urinaires, même après des manœuvres très prudentes et très rapides? N'avons-nous pas étudié ici-même des phénomènes d'empoisonnement mortel à brève échéance après l'extirpation des goitres, et nous nous sommes entendus pour voir la cause de ces accidents dans le passage brusque dans l'organisme des toxines contenues dans le parenchyme thyroïdien, et cela sous l'influence des manœuvres opératoires. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la toxine appendiculaire?

La présence, dans ces appendicites de poisons particulièrement virulents et capables d'entraîner la mort par absorption infinitésimale n'est pas une vue de l'esprit, car leur simple absorption

pendant un pansement suffit à tuer un malade. J'en ai observé un cas, et plusieurs de mes collègues en ont vu de semblables. Un jeune homme portait une appendicite simple et que je vis au troisième jour. Je cherchai à la faire refroidir dans de bonnes conditions. Au quinzième jour, je revois cet enfant, et je le trouve avec un abcès typique de la fosse iliaque. J'ouvre cet abcès par incision inguinale; il en sort un pus fétide abondant, contre lequel je protège la plaie chirurgicale. Je lave à l'eau oxygénée, puis je garnis la vaste cavité de gaze et je place deux gros drains. La fièvre tombe, et tout est bien pendant quarante-huit heures. A ce moment, on refait le pansement, c'est-à-dire qu'on enlève les mèches de gaze, la plaie saigne quelque peu. L'enfant est pris quelques heures après de signes d'intoxication qui s'accentuent : abattement, subdélirium, anurie, léger ictère. Je le vois vingt-huit heures après avec tous les signes d'une toxémie aiguë, et il meurt, malgré tous nos soins, dans les trente-six heures.

Je voudrais tirer de ces faits une déduction pratique. Dans ces opérations d'appendicite à forme toxémique, il faut réduire au minimum les manœuvres opératoires sur l'appendice, puis il faut, dès que l'appendice est trouvé et avant de le libérer, le placer en dehors de la circulation en pinçant son méso et son insertion cæcale. Nous devons, en un mot, éviter toute chance de laisser ou de faire pénétrer la toxine appendiculaire dans la circulation. Quant aux pansements de ces foyers appendiculaires, ils doivent être faits avec un redoublement de précautions; il faut être bien pénétré de cette idée que le foyer sur lequel nous agissons est non seulement septique comme tout foyer suppurant, mais qu'il contient des poisons d'une virulence toute particulière, et dont la moindre absorption peut entraîner la mort. Leur neutralisation est donc indispensable.

M. Quénu. — Je ne saurais en aucune façon accepter l'opinion de M. Tuffier, car, dans mon cas, l'appendice, nullement adhérent, fut enlevé sans aucune malaxation, avec, comme toujours, ligature préalable à la base du méso-appendice. Où voyez-vous, là-dedans, des toxines disséminées par malaxation? M. Tuffier s'étonne que les accidents se soient aggravés après l'opération; c'est comme s'il accusait une amputation de rendre mortel un tétanos dont elle a été impuissante à prévenir l'évolution. Le poison de la septicémie appendiculaire est d'une grande toxicité, mais il lui faut un certain temps pour agir, et on ne doit pas, en raisonnant par le *post hoc ergo propter hoc*, rendre l'opération responsable de cette action devenue manifeste après elle, mais préparée avant elle.

Du moment que l'opération est impuissante à enrayer les accidents, la maladie évolue, voilà tout.

M. Tuffier. — Les phénomènes toxiques se différencient des phénomènes infectieux précisément par leur rapidité foudroyante ; à eux, il ne faut pas vingt-quatre ou quarante-huit heures, et, s'ils avaient débuté avant l'opération, ils auraient déjà agi.

M. Paul Reynier. — Je suis heureux de voir M. Quénu attirer l'attention sur cette aggravation de symptômes qui suit quelquefois l'acte opératoire, dans certaines formes d'appendicite. Je partage sur ce point sa manière de voir, et il y a longtemps que j'ai, de mon côté, insisté sur ces aggravations imputables au traumatisme opératoire. Mais je crois qu'on aura surtout l'explication de ces faits si on tient compte d'autres faits analogues de pathologie générale.

Si vous intervenez, en effet, dans un phlegmon érysipélateux profond, alors que le pus n'est pas collecté, qu'on est au début des accidents, que l'état général est grave, si par l'incision on ne fait écouler qu'une sérosité rougeâtre, si on trouve des muscles infiltrés ayant un aspect jambonneux (permettez-moi le mot), bien qu'on laisse l'incision ouverte, qu'on établisse un drainage, vous ne voyez pas les accidents s'amender à la suite de l'intervention. Le soir de cette intervention, vous avez souvent un frisson, la température monte, l'état général s'aggrave.

Il en sera de même dans certaines formes de mammite érysipélateuse, où l'infection commence par la profondeur, la peau s'œdématiant, mais ne se prenant que tardivement. Trompé par l'aspect de cette peau, qui n'a pas la teinte érysipélateuse, poussé par l'état général grave qui, tout de suite, domine la situation, vous intervenez, et si vous tombez sur des tissus infiltrés de cette sérosité roussâtre, mais sans pus collecté, vous avez beau fendre le sein entièrement, laisser la plaie ouverte, le soir l'état général encore s'aggrave, la fièvre monte, et vous avez un frisson, indice d'une nouvelle diffusion des toxines dans l'économie. Le lendemain, la peau se prend, une rougeur érysipélateuse apparaît sur les bords de l'incision, puis s'étend, et le diagnostic d'infection érysipélateuse s'affirme.

Il ne viendrait à personne de nous l'idée d'enlever des amygdales dans les quarante-huit heures, au début d'une amygdalite érysipélateuse. Nous saurions tous que notre intervention ne pourrait qu'aggraver l'état général.

Il existe donc des infections, infections streptococciennes surtout, où l'état général domine dès le début l'état local, et *où l'interven-*

tion gagne à être retardée. Le malade, dans ces cas, bénéficie toujours plus de tout traitement qui s'adresse à l'état général (injection de sérum) et des applications locales qui peuvent diminuer sur place la virulence de l'infection, et arrêter sa diffusion, que l'intervention semble au contraire précipiter.

Or, ce qui est vrai pour toute l'économie l'est encore pour l'abdomen où nous trouvons des inflammations streptococciennes ayant pour point de départ l'appendice, et dans lesquelles la gravité de l'état général dès les premières heures montre que là on se trouve en présence d'une infection qui rapidement cesse d'être locale, pour devenir générale. Or, je dis que dans ces formes, il vaut mieux là encore retarder l'intervention, et avoir recours aux injections de sérum, et aux applications locales, qui peuvent arrêter la diffusion de l'infection, et la localiser. J'ai pu recueillir des observations complètes qui démontrent la réalité de ces infections streptococciennes, qui débutent par un état général grave, des vomissements prolongés, un frisson, des symptômes de péritonisme généralisé; je les ai traitées par la glace, les injections de sérum, et j'ai vu tout s'amender. Dans un cas qui avait débuté comme je viens de le dire, le trentième jour, intervenant, pensant intervenir tout à fait à froid, je tombais sur un appendice encore congestionné, libre dans la cavité péritonéale, sans adhérence, malgré les symptômes de péritonisme généralisé que le malade avait présentés au début. Je fis examiner bactériologiquement cet appendice par le Dr Paulisco, qui me remit des coupes que j'ai fait dessiner, où se trouvent encore des streptocoques dans les couches périphériques de l'appendice.

Il y a avantage à connaître cliniquement ces formes, car leur étude avancera plus la question du traitement de l'appendicite que les discussions où chacun affirme ses préférences sur des statistiques plus ou moins comparables.

M. Quénu. — Pourquoi compliquer la question en parlant d'érysipèle? J'ai justement insisté dans mon observation sur la réaction insuffisante du système lymphatique. Je serais plutôt tenté de rapprocher cette forme d'appendicite de ces métrites puerpérales aiguës, où l'infection, au lieu de se propager lentement et par étapes par le système lymphatique, s'opère par le système veineux et très rapidement, sans abcès et sans péritonite. Quant à comparer l'appendice, organe pédiculisable, à l'amygdale, c'est chirurgicalement inadmissible. Si nous voulons nous entendre, il faut parler de choses similaires et ne pas brouiller les cartes par des comparaisons disparates.

Je suis étonné que M. Reynier ait trouvé des streptocoques dans la paroi de l'appendice après trente jours.

M. Reynier. — Je demanderai à M. Quénu, si pour affirmer la non existence du streptocoque dans ces cas, il a fait des examens bactériologiques, dont je ne l'ai pas entendu parler dans sa communication.

Non seulement j'ai trouvé dans les coupes de la paroi d'un appendice des streptocoques, mais j'en ai trouvé également dans des salpingites, et j'ai dans mes notes un examen très probant, qui a été fait dans mon service, par M. Maire, de l'Institut Pasteur.

M. Quénu. — Dans l'épaisseur des tissus ?

M. Reynier. — Dans les tissus tout au moins pour l'appendice.

Rapport.

Les cas d'appendicite opérés dans les salles militaires de l'hôpital de Grenoble pendant l'année 1902, par le médecin principal Mozer.

Rapport par M. CHAUVEL.

Je ne voudrais pas, à propos de ce modeste travail, entrer dans la discussion si complète qui se poursuit depuis des semaines à la Société. L'expérience de M. Mozer, basée sur 13 cas d'appendicite dont 7 seulement furent opérés, ne me paraît pas suffisante pour autoriser des conclusions formelles. Au reste, la lecture du mémoire de notre confrère m'a convaincu que ses convictions personnelles s'étaient elles-mêmes plusieurs fois modifiées au cours de sa pratique récente. Opportuniste alors que la temporisation semblait lui donner de satisfaisants résultats, il se montre partisan de l'intervention précoce quand deux opérations, volontairement retardées, l'ont mis en présence de péritonites diffuses septiques et l'ont conduit à un échec thérapeutique complet.

En somme, il conclut : « C'est donc à l'expérience clinique à décider, ici comme en toutes circonstances, avec cette seule restriction que j'emprunte à M. Broca : *en cas d'hésitation*, le *mieux est d'intervenir d'une façon précoce.* » Cette formule, non intransigeante, est et restera sans doute, celle de beaucoup de chirurgiens.

Mais au cours de son mémoire, M. Mozer émet certaines assertions dont il eût été juste, à mon avis, qu'il s'efforçât de nous donner quelques preuves : « Au point de vue du nombre des cas, nous pensons, dit-il, *que l'appendicite est plus fréquente dans le milieu militaire que dans la clientèle civile.* Sur quelles bases s'appuie cette opinion? Ajouter *qu'elle paraît d'abord parfaitement logique et admissible* ne me semble pas un argument bien convaincant : Pour moi, je serais fort embarrassé de me prononcer à cet égard, mais, quand je vois les très nombreuses opérations que compte chacun de vous, chirurgiens des hôpitaux civils, les uns chez les adultes, les autres chez les enfants, je crains que notre confrère ne soit la dupe d'une impression toute personnelle.

Et je le regrette, parce qu'il accuse immédiatement de ce *méfait supposé* les conditions spéciales de la vie militaire et plus spécialement l'*alimentation plutôt grossière*, absorbée sans mastication suffisante et digérée dans des conditions défavorables pour une bonne élaboration.

Je vous faisais tout dernièrement remarquer que l'un de nos chirurgiens les plus distingués de l'armée, M. le Dr Dubujadoux, durant cinq années de pratique à l'hôpital militaire de Blida, n'avait trouvé qu'une seule fois l'occasion d'intervenir dans une appendicite, n'en ayant eu du reste que cinq en traitement. Des quelques renseignements que j'ai pu me procurer jusqu'ici, il semble résulter que cette rareté des accidents appendiculaires à Blida n'est pas un fait exceptionnel et se retrouve également dans d'autres garnisons de l'Algérie. En ce moment, je ne veux en conclure que ceci : Les conditions de vie de nos soldats et plus encore les conditions d'alimentation étant sensiblement les mêmes en Afrique qu'en France, l'assertion de M. Mozer est difficilement soutenable.

Lui-même, au reste, ne paraît pas y attacher d'importance, car à la page suivante de son travail, il écrit que : « si quelques cas naissent réellement pendant la période du service militaire, un bon nombre, la majorité, paraissent avoir une origine antérieure ». Le service militaire cesse ainsi d'être considéré par lui comme la cause productive de l'appendicite. Son rôle ne serait plus que de rappeler et d'aggraver les crises. Cette action aurait, elle aussi, besoin d'être démontrée; il est plus facile de l'admettre *a priori* que d'en fournir la preuve.

Sur 13 appendicites entrées, en 1902, dans le service de M. Mozer, 6 ou près de moitié, traitées médicalement, se sont terminées par la guérison. J'avais conclu de cette pratique que notre collègue ne répugnait pas à ce mode de traitement dans les cas légers, quitte à intervenir plus tard, à froid, s'il le

jugeait opportun. Or, il n'est pas intervenu. J'ai bien lieu d'en être surpris quand je le vois conclure que « cette guérison est illusoire, que l'opération seule donne à ces malades souvent réduits à une espèce d'impotence, toujours entre la vie et la mort, la tranquillité et la sécurité ».

C'est sans doute que sa conviction n'était pas tellement profonde qu'il soit parvenu à la faire partager à ses malades. Peut-être aussi que, sortis heureusement de la crise aiguë, ces derniers n'ont pas voulu se soumettre à une intervention nouvelle.

En somme, comme je le disais tout à l'heure, M. Mozer, n'ayant pas acquis une expérience personnelle suffisante pour choisir entre les abstentionnistes et les interventionnistes, en est encore à ce point où la pratique, moins exclusive que les principes théoriques, se laisse guider par l'observation de chaque malade. Je ne saurais lui reprocher d'avoir agi ainsi, bien au contraire, et si j'osais lui donner un conseil, ce serait de se garer de toute doctrine absolue et de continuer à baser sa conduite sur les indications de chaque cas particulier, en s'efforçant de les déduire, nettes et précises, de l'examen approfondi du patient.

Messieurs, je vous propose : 1° d'adresser des remerciements à M. le médecin principal Mozer ; 2° de déposer honorablement son mémoire dans les archives de la Société.

Présentations de malades.

Volumineuse tumeur mixte de la parotide développée vers la fosse amygdalienne et le pharynx, extirpée par la région latérale du cou.

M. Le Dentu. — Les cas de ce genre sont rares. C'est pourquoi il y a quelque intérêt à rappeler les difficultés de diagnostic qui peuvent résulter de l'orientation particulière de la tumeur et qui la feraient prendre aisément pour un lymphosarcome, et aussi les difficultés opératoires que, théoriquement du moins, on peut prévoir. Dans le cas actuel ces difficultés ne se sont pas produites. Après avoir dégagé les parties superficielles de la tumeur adhérentes aux téguments au niveau d'une adhérence causée par une opération déjà ancienne faite pour un prétendu ganglion, et après avoir pénétré dans la profondeur des régions sternomastoïdienne et submaxillaire en passant en avant des vaisseaux,

j'ai pu énucléer facilement toute la partie profonde du néoplasme allongée en forme de poire, qui obturait presque entièrement le gosier, sans perforer la paroi du pharynx ni la loge amygdalienne.

La tumeur, du volume d'une orange, avait repoussé, en bas, la glande sub-maxillaire qu'on devinait sous les téguments, en dedans l'amygdale qui occupait la partie la plus inférieure du lobe pharyngo-buccal et qui était tellement étalée à sa surface qu'elle était méconnaissable. Quelques irrégularités au point le plus déclive faisant opposition avec le reste de la tumeur, qui était lisse et rosé, indiquaient seules sa présence. Extérieurement, du côté des téguments, il y avait une bosselure rétro-auriculaire, une deuxième vers l'angle de la mâchoire et un soulèvement régulier de la région sub-maxillaire. Le cou était en somme peu déformé.

Une guérison rapide a suivi mon intervention. L'opérée est âgée de vingt-et-un ans, son observation sera publiée plus complètement ailleurs. Je donne ici *in extenso* l'examen histologique fait par mon chef de laboratoire, M. Auguste Pettit.

J..., vingt et un ans. — Salle Lenoir, n° 2. — 2 décembre 1902. Cat. labor., 591.

La tumeur est formée de deux parties distinctes, même à l'œil nu : de tissu néoplasique proprement dit et de masses calcifiées.

Ces dernières sont peu développées; elles n'existent qu'en un petit nombre de points; les plus volumineuses atteignent au maximum une largeur de dix millimètres; ce sont des nodules irréguliers, souvent rameux, dus au groupement de lames calcifiées se terminant librement dans le tissu néoplasique et renfermant des corpuscules elliptiques à striations concentriques. Examinés en lumière polarisée, ceux-ci présentent le phénomène des anneaux, mais non celui de la croix noire.

Le tissu néoplasique proprement dit se signale par des variations structurales plus ou moins accusées suivant la région envisagée : essentiellement, il est formé par des noyaux plongés dans une substance fondamentale indivise. Ces noyaux sont, en général, ovalaires; ils possèdent un réseau de linine bien net avec caryosomes de dimension moyenne; les karyokinèses y sont peu nombreuses.

La masse fondamentale est, en certains points, très faiblement développée: les noyaux y sont presque au contact les uns avec les autres; en d'autres régions, elle forme des nappes étendues, parsemées seulement de quelques noyaux; ses réactions histochimiques sont alors celles du chondromucoïde en voie d'évolution; enfin, elle peut renfermer des fibres lamineuses.

La description précédente s'applique à la majeure partie de la masse de la tumeur; mais, certaines zones, à la vérité assez limitées, ont une constitution différente : on y observe, en effet, des tubes d'aspect pseudo-glandulaire. Le revêtement de ces derniers est formé soit par une masse cytoplasmique irrégulière multinucléée, sans limites cellu-

laires, soit par des éléments polyédriques épithélioïdes stratifiés ; aucune de ces cellules n'a conservé le caractère glandulaire.

Au voisinage de ces formations, on observe de volumineux éléments, uni — ou plurinucléés, dont le cytoplasma très développé est bourré d'inclusions variées.

En résumé, la majeure partie de la tumeur est constituée par du tissu sarcomateux à divers stades évolutifs (surtout embryonnaire) ; on y observe, en outre, des masses calcifiées et des formations épithélioïdes.

Elle se rattache ainsi aux tumeurs mixtes développées dans la glande parotide.

M. Sebileau. — En regardant cette grande cicatrice verticale, je suis frappé de ce fait que le facial n'a pas souffert. Je demanderai donc à M. Le Dentu quels étaieut les rapports de la tumeur et du nerf.

M. Le Dentu. — On sait que dans ces cas le facial est d'ordinaire refoulé en haut. Aussi, selon le précepte déjà ancien de Nélaton, ai-je fait l'incision tout d'abord très bas et très en arrière. De la sorte, j'ai ménagé le tronc principal du nerf, que je n'ai pas vu, mais j'ajouterai que j'ai constaté, après l'opération, une paralysie de la branche labiale inférieure, aujourd'hui en voie d'amélioration, et qui guérira complètement d'ici à peu de temps.

Amputation de jambe ostéoplastique à lambeau postérieur.

M. Quénu. — Voici un malade que j'ai amputé le 22 novembre dernier dans les circonstances suivantes : ce jeune homme âgé de vingt ans conduisait une voiture chargée de pommes de terre le 12 octobre 1901. Il tomba de sa voiture et l'une des roues lui passa sur l'extrémité supérieure de la jambe gauche sans déterminer ni fracture ni plaie. Il ne se passa rien d'anormal jusqu'au 1er novembre, à cette date on constata le refroidissement des orteils et des taches non douteuses de sphacèle. L'exploration de la pédieuse et des autres artères du membre inférieur nous permit de constater qu'au-dessous du genou on ne percevait aucune pulsation. La gangrène des artères gagna le reste du pied et s'accompagna de fusées purulentes, de décollements et de lymphangites qui peu à peu amenèrent une détérioration considérable de l'état général; malgré les incisions des clapiers, la rigueur et la régularité des pansements, nous ne pouvons nous rendre maître de

l'infection. Celle-ci s'étend au delà du jarret et nécessite une série d'incisions autour du genou. Nous pensons à remplir l'indication essentielle, de supprimer le foyer de gangrène, mais il faudrait amputer la cuisse, et encore serions-nous dans de mauvaises conditions, car les ganglions cruraux sont infectés.

Le 29 janvier, je pratique une amputation susmalléolaire-circulaire sans manchette, je coupe tout au même niveau et je passe immédiatement le thermo-cautère sur la surface cruentée; on n'eut à lier aucune artère.

Le malade débarrassé de son pied commença à voir son état local et général s'améliorer. Je l'envoyai à la campagne d'où il revint au mois d'octobre pour subir une amputation de jambe régulière. Je fis l'amputation à la partie moyenne de la jambe en me servant du procédé que je considère comme le meilleur, c'est-à-dire du procédé à lambeau postérieur de Marcelin Duval; j'ajoutai à ce procédé le perfectionnement introduit par Bier, à savoir le recouvrement de la surface de section osseuse par un rectangle osseux pris sur la face interne du tibia.

Seulement je ne crus pas utile d'employer la suture osseuse, je me contentai de suturer le périoste au périoste. En outre il m'a paru plus simple de ne pas m'occuper du péroné et de me borner à recouvrir la tranche tibiale. Je pris soin seulement de couper le péroné à 4 ou 5 centimètres plus haut, ainsi qu'on peut le voir sur cette radiographie. Le point le plus important du procédé opératoire consiste pour moi à bien libérer la charnière osseuse en réséquant un liséré osseux, de manière à ce que le couvercle osseux s'applique, *sans forcer*, sur la tranche de section.

Vous pouvez constater que ce moignon est indolent et supporte admirablement toutes les pressions qu'on peut lui imposer.

M. Pierre Delbet. — Depuis que je vous ai présenté ici des malades de ce genre, j'ai eu l'occasion de pratiquer encore une amputation ostéoplastique, avec un excellent résultat. Je fais la plaquette osseuse un peu plus large que ne le fait M. Quénu. D'abord, j'ai conseillé de l'ajuster exactement au péroné, comme au tibia, mais j'ai constaté que c'est inutile, car le péroné s'atrophie et perd contact avec la petite rotule artificielle.

M. Ricard. — J'ai soigné un de nos confrères dont l'histoire est superposable à celle du malade de M. Quénu. A la suite d'un accident de voiture, il eut une luxation du genou avec rupture de l'artère poplitée, et je pus lui éviter l'amputation de cuisse. La gangrène, grâce à des incisions multiples, se limita, et je

terminai par une amputation de jambe, en prenant les lambeaux comme j'ai pu. Je n'ai pas fait d'ostéoplastie, et le malade marche fort bien sur son moignon, avec un appareil prothétique qui lui permet de vaquer aux soins de sa clientèle. Le procédé ancien, peut donc donner des résultats aussi bons que ceux de l'ostéoplastie.

M. TUFFIER. — J'ai fait moi aussi des amputations ostéoplastiques avec très bon résultat, mais j'en ai eu de semblables par le procédé ancien. C'est pour beaucoup une question à la fois de nature des tissus et de perfection dans la prothèse. Ce dernier point est capital, et il ne faut pas se dissimuler qu'avec un bon appareil, le malade, malgré les apparences, marche souvent beaucoup plus sur ses condyles que sur son moignon.

M. QUÉNU. — Je répondrai seulement à M. Delbet que la petite rotule, comme il l'appelle, ne se sépare pas fatalement du péroné. J'ai vu un cas, opéré par Pierre Duval, où elle y tenait parfaitement.

M. Tuffier compare des choses différentes. J'ai connu un malade qui, après une amputation qui avait suppuré, portait le plus sale moignon qu'on puisse imaginer, et qui malgré des névromes douloureux au moindre contact pouvait rester sept et huit heures à cheval grâce à un appareil prothétique admirable. La question est qu'un appareil ordinaire donne le même résultat, et c'est à cet égard que le procédé ostéoplastique me paraît supérieur.

M. TUFFIER. — Je maintiens que les malades marchent en général sur les condyles, mais j'en connais qui, par les procédés anciens, marchent sûrement sur le moignon, un par exemple chez lequel, par le procédé de Marcellin Duval, j'ai eu un moignon très bien étoffé. Je reconnais que par l'ostéoplastie cette possibilité est peut-être plus fréquente.

Epithélioma greffé sur lupus.

M. MORESTIN présente un malade qu'il a opéré d'épithélioma de la face greffé sur un lupus. — (Rapporteur : M. RICARD).

Présentations de pièces.

Cancer du rein.

M. Lejars. — Le rein néoplasique que j'ai l'honneur de vous présenter est moins intéressant par ses caractères propres et la nature du néoplasme que par les examens précis de l'urine, qui ont précédé et suivi la néphrectomie, et aussi par les résultats de la séparation des urines, pratiquée avant l'opération.

Il s'agit d'une dame de trente-huit ans, mère de cinq enfants, fatiguée, amaigrie, qui me fut adressée par mon collègue, M. Desgrez, pour une grosse tumeur du flanc gauche. Les antécédents étaient très vagues, et toute l'histoire de la maladie se résumait à fort peu de chose : c'était par hasard que la malade s'était aperçue, en septembre dernier, qu'elle portait dans le ventre, à gauche, une grosse masse dure, mobile, à peine sensible. Pourtant, depuis un an, elle ressentait de temps en temps quelques douleurs sourdes dans la région lombo-abdominale gauche, mais trop peu accusées pour retenir longtemps son attention. L'urine était toujours claire et d'apparence normale ; une fois seulement, un matin, elle aurait été mélangée d'un peu de sang rouge ; encore les règles, toutes prochaines, laissaient-elles subsister quelque doute sur l'origine de ce sang.

On trouvait, dans le flanc gauche, une volumineuse tumeur, qui faisait relief en avant jusque sous le rebord costal ; cette tumeur, de consistance dure, de forme irrégulièrement arrondie, descendait jusqu'à l'origine de la fosse iliaque; elle était en contact manifeste avec la paroi lombaire; on la délimitait nettement entre les deux mains; de plus, elle était très mobile, surtout de haut en bas, et se déplaçait aisément lorsqu'on appuyait sur son pôle supérieur. Le rein droit n'était pas accessible, et l'examen du reste de l'abdoemn ne révélait rien d'anormal.

Le siège, la forme de la tumeur, le contact lombaire donnaient l'impression d'un néoplasme du rein ; pourtant, la tumeur remontait si haut sous les fausses côtes, et soulevait si fortement la paroi abdominale antérieure, que l'hypothèse d'une tumeur de la rate n'était pas, de prime abord, invraisemblable. Toujours est-il que, pour lever les quelques doutes qui, de ce chef, pouvaient persister, et surtout pour être renseignés sur l'état du rein droit, la séparation des urines était nécessaire.

Elle fut pratiquée par le Dr Cathelin, et, une fois de plus, nous avons pu apprécier l'excellence de son appareil, qui fut parfaitement supporté et nous donna des résultats fort intéressants.

Au cours même de la séparation, il fut évident que la sécrétion, d'ailleurs rapide des deux côtés, se faisait notablement plus vite du côté gauche; de ce côté, les gouttelettes d'urine se succédaient à intervalles beaucoup plus courts; de plus, l'urine « gauche » était à peine teintée, comme de l'eau, et manifestement plus claire que l'urine droite. Enfin, le dosage de l'urée, pratiqué par M. Desgrez, indiqua 8 gr. 64 d'urée par litre, à droite, 4 gr. 18, à gauche. Nous avions donc là les différents caractères qui ont été relevés plusieurs fois déjà dans l'urine des reins néoplasiques.

Mais une autre question se présentait : l'analyse complète de l'urine, pratiquée par M. Desgrez, dont la grande compétence est bien connue, témoignait de troubles graves de la nutrition, et le pronostic d'une intervention, assez sérieuse déjà par elle-même, s'en trouvait notablement assombri.

Voici, en effet, les termes de l'analyse faite par M. Desgrez à la date du 6 novembre :

Volume de l'urine des vingt-quatre heures : 1450 centimètres cubes.

Densité : 1014.

Réaction acide; acidité moyenne, correspondant à 1 gr. 62 d'acide chlorhydrique par vingt-quatre heures; couleur jaune citrin; limpide; dépôt assez abondant, léger.

	Par litre.	Par 24 heures.
	—	—
Urée	6g 95	10g08
Azote de l'urée	3 25	4 71
Azote total	4 17	6 04
Acide urique	0 59	0 86

(Coefficient d'utilisation azotée $\frac{\text{Az ur.}}{\text{Az tot.}} = 0{,}78$)

	Par litre.	Par 24 heures.
Chlorure de sodium	8 73	12 66
Acide phosphorique.	0 97	1 41

Substances anormales (sucre, indican, pigments et acides de la bile, albumoses, peptone) : néant.

Sérine et globuline : réactions positives; le dosage a donné : par litre, 0 gr. 147; — en vingt-quatre heures, 0 gr. 21.

Examen microscopique : absence de leucocytes; quelques cylindres muqueux du rein; nombreuses cellules épithéliales de la vessie; urates alcalins; pas d'oxalates.

Cryoscopie. — Poids de la malade : 50 kilogrammes. — Volume de l'urine : 1450 centimètres cubes.

$$\Delta = 1°01 \quad \delta = 0°49 \quad \text{NaCl p. } 100 = 0{,}87$$

$$\frac{\Delta V}{P} = \frac{101 \times 1450}{50} = 2929$$

$$\frac{\delta V}{P} = \frac{49 \times 1450}{50} = 1421$$

$$\frac{\Delta}{\delta} = \frac{101}{49}\ 2,07$$

Pour $\frac{\Delta V}{P} = 3000$, $\frac{\Delta}{\delta}$ ne doit pas dépasser 1,50 à 1,60; or $\frac{\Delta}{\delta} = 2,07$ chez notre malade, qui présente, par conséquent, une insuffisance de fonctionnement de l'épithélium rénal, très accentuée.

Molécule élaborée moyenne :

Résidu sec, par litre.	32gr10
Chlorure de sodium.	8 73

$$M = 18,5\ \frac{3,21 - 0,87}{1,01 - 0,52} = 88$$

La molécule élaborée moyenne de M. Bouchard étant de 70 à 72, celle de notre malade (88) est notablement supérieure à la normale.

En résumé, l'azote total élaboré (6 gr. 04 par vingt-quatre heures) correspond à 40 gr. 68 d'albumine, ce qui, rapporté au poids de la malade, donne moins de 1 gramme par kilogramme.

La consommation d'albumine est donc trop faible.

De plus, le coefficient d'utilisation azotée, de même que la molécule élaborée moyenne, indiquent un état assez net de nutrition ralentie, bien que le fonctionnement imparfait de l'épithélium rénal, indiqué par la cryoscopie, ne permette pas de tirer, des rapports urinaires, une conclusion ferme au point de vue de la nutrition.

J'ai tenu à donner tout au long cette analyse de M. Desgrez, pour la comparer à celle qui fut faite un mois plus tard, après l'intervention, le rapprochement de l'une et de l'autre étant, comme nous allons le voir, d'un réel intérêt.

La néphrectomie fut pratiquée le 17 novembre 1902; je fis une grande incision oblique lombo-abdominale; la tumeur fut refoulée en masse dans la plaie, libérée sur toute sa surface et finalement énucléée, sans que le péritoine eût été intéressé autrement que par une toute petite boutonnière, qui fut fermée au catgut; puis le pédicule, très étalé, fut pincé en trois étages et sectionné. On procéda alors à une double et solide ligature au catgut n° 3; l'uretère fut excisé sur une longueur de 5 centimètres, lié et cautérisé. Réunion de la plaie en trois plans, un petit drain étant laissé à l'angle inférieur.

Tout se passa bien, et le réveil fut rapide. Dans la journée, l'opérée rendit spontanément 300 grammes d'urine claire. Pas de vomissements; 300 grammes de sérum artificiel par voie sous-cutanée.

Le 18, bon état général; 500 grammes de sérum. Environ 700 grammes d'urine claire.

Les jours suivants, la quantité d'urine varie de 800 grammes à 1 litre. On cesse le sérum. Régime lacté. Pas d'accident. Le 20, 160 centimètres cubes d'urine remise à M. Desgrez donnent 5 gr. 09 d'urée, ce qui ferait 31 gr. 83 d'urée par litre, chiffre très élevé, dû, sans doute, « à ce que la malade a détruit ses tissus, faute d'une alimentation suffisante, pendant les deux jours qui ont suivi l'opération, mais qui prouve, du moins, une dépuration très suffisante par le rein conservé ».

Le 23, les fils sont enlevés. Réunion. La malade commence à s'alimenter assez abondamment.

Le 29, un nouvel examen des urines, pratiqué par M. Desgrez, donne les résultats suivants :

Volume des 24 heures. . .	900 cent. cubes environ.
Urée par litre.	23g 54
Soit par 24 heures.	21 10

Le taux de l'urée, si réduit avant l'opération (6 gr. 95 par litre), avait donc plus que triplé.

Une dernière analyse, complète, et qui fait le pendant de celle que nous transcrivions plus haut, acheva de démontrer cette heureuse influence de l'opération. Elle fut faite le 7 décembre, alors que la plaie opératoire était entièrement guérie et que la malade commençait à se lever :

Volume des 24 heures : 1300 centimètres cubes.

Densité : 1015.

Réaction acide; acidité moyenne, correspondant à 1 gr. 71 d'acide chlorhydrique par 24 heures.

Dépôt peu abondant, constitué par un peu de mucus vésical et quelques cellules épithéliales de la vessie; ni leucocytes, ni tubes du rein.

	Par litre.	Par 24 heures.
Urée.	21g53	27g99
Azote de l'urée.	10 06	13 08
Azote total.	11 37	14 78
Acide urique.	0 53	0 69
(Coefficient d'utilisation azotée = 0,88).		
Chlorure de sodium.	8 18	10 63
Acide phosphorique.	1 03	1 34

Substances anormales (albumines, albumoses, etc.) : néant.

Cryoscopie. — Poids de la malade : 50 kilogrammes. — Volume de l'urine : 1300 centimètres cubes.

$$\Delta = 1^{o}50 ; \delta = 1^{o}01 ; \text{NaCl p. } 100 = 0{,}82$$

$$\frac{\Delta V}{P} = 3900 \quad \frac{\delta V}{P} = 2624$$

$$\frac{\Delta}{\delta} = 1,48$$

Pour $\frac{\Delta V}{P} = 4000$, $\frac{\Delta}{\delta}$ peut atteindre 1,80 sans qu'il y ait d'insuffisance fonctionnelle du rein; puisque $\frac{\Delta}{\delta}$ n'atteint ici que 1,48, nous pouvons conclure que le rein conservé de la malade fonctionne de façon très satisfaisante. Les valeurs respectives de $\frac{\Delta V}{P}$ et $\frac{\delta V}{P}$ montrent, d'autre part, qu'il n'y a pas à craindre de troubles circulatoires d'origine cardiaque.

Molécule élaborée moyenne :

Résidu sec p. 100	4 gr. 11
NaCl p. 100.	0 gr. 82

$$M = 18,5 \frac{4,11 - 0,82}{1,50 - 0,49} = 60$$

Cette molécule est donc sensiblement normale.

En résumé, si l'on compare cette analyse à celle du 6 novembre (environ dix jours avant l'opération), on voit que *l'état général de la nutrition*, indiqué par les éliminations azotées, leur rapport, et la molécule élaborée moyenne, *s'est amélioré, au point de devenir tout à fait normal.* Quant à *l'émonctoire rénal, il s'est également amélioré jusqu'à atteindre actuellement l'état normal*; non seulement, en effet, on ne trouve plus d'albumine dans l'urine, mais encore les rapports cryoscopiques sont aussi satisfaisants que possible.

Ajoutons que la convalescence a été rapide, et que la malade est aujourd'hui en très bonne santé.

Il est évident que la nature de la tumeur ne donne aucune assurance pour l'avenir; il s'agit d'un épithélioma d'origine tubulaire, d'après l'examen pratiqué par notre collègue, le Dr Ménétrier.

Mais je tiens à faire ressortir deux points de cette observation, qui, pour le reste, serait assez banale : d'abord, l'heureuse application de la séparation des urines, pratiquée, dans l'espèce, avec l'appareil de M. Cathelin, et l'utile appoint qu'elle a fourni au diagnostic; d'autre part, l'influence rapide et considérable, que l'ablation du néoplasme a exercée sur la nutrition générale et sur la sécrétion urinaire. Les examens si précis de notre collègue M. Desgrez ont mis le fait en pleine lumière, en lui donnant toute la rigueur scientifique; il ne semble pas douteux que la suppression du néoplasme n'ait fait disparaître du même coup une source d'intoxication pour l'organisme, dont les effets se faisaient sentir et sur le fonctionnement du rein opposé et sur les processus nutritifs généraux. C'est là, croyons-nous, une constatation intéressante et un enseignement.

Cancer primitif de l'appendice. Récidive et généralisation rapides.

M. Lejars. — Il s'agit d'un homme de vingt-sept ans, pâle, d'aspect un peu chétif et amaigri, qui m'était envoyé, à l'hôpital Tenon, à la fin de juillet 1902, par mon collègue, le Dr Lamy, pour être opéré d'appendicite à froid.

Depuis le mois d'avril, il avait eu, en effet, une série de petites crises douloureuses, larvées, sans vomissements, et caractérisées surtout par des douleurs dans la fosse iliaque droite, les reins et la région épigastrique. Cet état de souffrance se prolongeait deux ou trois semaines, puis faisait place à une période d'accalmie. En juillet, la douleur iliaque avait reparu, plus intense ; l'appétit était mauvais, et l'amaigrissement s'accentuait.

A l'exploration, on provoquait une douleur nette au point de Mac Burney, et l'on trouvait, dans la région correspondante, une sorte de cordonnet épais, vertical, bien caractérisé. Le diagnostic d'appendicite chronique ne semblait donc pas douteux ; tout au plus, devait-on faire quelques réserves, en présence de l'état général du malade, sur la possibilité d'une origine tuberculeuse.

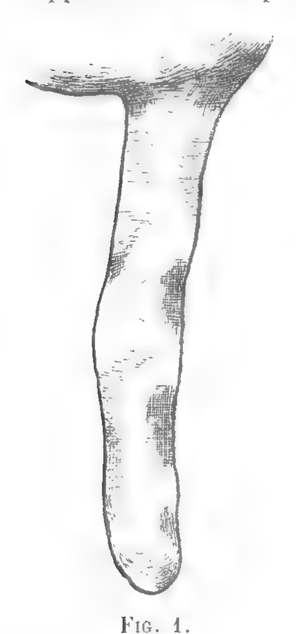


Fig. 1.

L'appendice, grandeur naturelle.

Je pratiquai l'opération le 26 juillet; je fis l'incision de Jalaguier, et, sans peine, j'amenai au dehors un appendice dont le volume, la longueur, la consistance et l'aspect blanc presque laiteux nous frappèrent tout de suite. (Fig. 1.) Il n'y avait pas d'adhérences, pas de foyer, à proprement parler. Après ligature et section du méso, l'appendice fut excisé, à quelques millimètres de son émergence cæcale, par le procédé qui nous est habituel : incision circulaire de la tunique musculaire et retroussement d'une petite manchette ; ligature du cylindre muqueux au catgut et section au thermocautère. Au niveau de la surface de coupe, les tissus appendiculaires avaient tous leur apparence normale ; la manchette fut donc rabattue et réunie par quelques points, et le petit moignon enfoui dans un pli de la paroi cæcale. Le cæcum ne présentait absolument rien d'anormal, pas plus que le segment iléocæcal du mésentère ; le méso-appendice était souple et mince ; aucun ganglion n'attira notre

attention. La paroi abdominale fut donc réunie comme à l'ordinaire.

Tout alla bien dans les douze premiers jours; pas de réaction, plaie réunie *per primam*. Le 15 août, l'opéré quittait le service ayant repris de l'appétit, mais faible encore. Il dut, chez lui, reprendre le lit, et, jusqu'à la fin de septembre, il resta dans un état de plus en plus précaire, sans accidents bruyants, toutefois, n'ayant ni diarrhée, ni vomissements, et très peu de douleurs, mais s'amaigrissant de plus en plus. On nous le ramena dans le courant d'octobre : les douleurs avaient alors reparu, et, avec elles, l'abus de la morphine ; le facies terreux, jaunâtre et l'aspect cachectique ne laissaient pas de doute sur la nature de la récidive. D'ailleurs, l'examen histologique, pratiqué par notre collègue, le Dr Ménétrier, avait démontré que l'appendice enlevé en juillet était épithéliomateux ; et, d'autre part, à l'examen local, nous trouvions le ventre gros, tendu, mate sur une assez large zone dans les deux fosses iliaques, surtout à droite; de ce côté, on percevait une série de grosses bosselures, réunies en une masse commune, dure, immobile, semblait-il, et qui se prolongeait vers le flanc. On trouvait, de plus, quelques ganglions dans la fosse sus-claviculaire gauche, et, sous la paroi de l'abdomen, à gauche de l'ombilic, une petite tumeur ronde, dure, sous-cutanée, des plus suspectes.

Sur les instances du malade, nous fîmes une incision iliaque, qui ne devait être qu'exploratrice, et devait servir, tout au moins, à évacuer l'ascite; il s'écoula, en effet, une quantité notable de liquide rougeâtre, et nous trouvâmes le cæcum transformé en une tumeur épaisse, bosselée, qui remontait sur le côlon ascendant, qui s'infiltrait dans le mésentère voisin et le long du péritoine iliaque, et qui formait un bloc dur, absolument adhérent et fixé. Aucune indication ne pouvait être remplie, et le ventre fut refermé.

Cette intervention fut, d'ailleurs, bien supportée, et améliora même quelque peu l'état du malade et ses souffrances. Il rentra chez lui, au bout de quelques semaines, et nous n'insistons pas sur l'avenir qui lui est réservé.

J'ajoute qu'au cours de cette dernière intervention, nous avions enlevé aussi le noyau sous-cutané de la paroi abdominale; l'examen qui en a été pratiqué par M. Ménétrier a montré qu'il s'agissait bien d'un nodule de généralisation. Voici, du reste, la note détaillée qui nous a été remise par M. Ménétrier :

Cancer primitif de l'appendice. — Examen histologique,
par M. P. MÉNÉTRIER.

Les coupes ont porté à diverses hauteurs de l'appendice enlevé, depuis son point d'implantation, jusqu'à son extrémité. Sur toutes, les lésions se présentent avec la même apparence, et en aucune d'elles on ne retrouve trace de la muqueuse appendiculaire normale, de ses glandes, ni des follicules lymphatiques sous-muqueux; tous ces éléments sont partout remplacés par du tissu néoplasique.

La cavité de l'appendice est conservée, elle renferme seulement par places des amas de globules rouges, et quelques leucocytes polynucléaires; elle est limitée par un tissu qui, vu à un faible grossissement, reproduit assez bien le dessin général de la trame de la muqueuse,

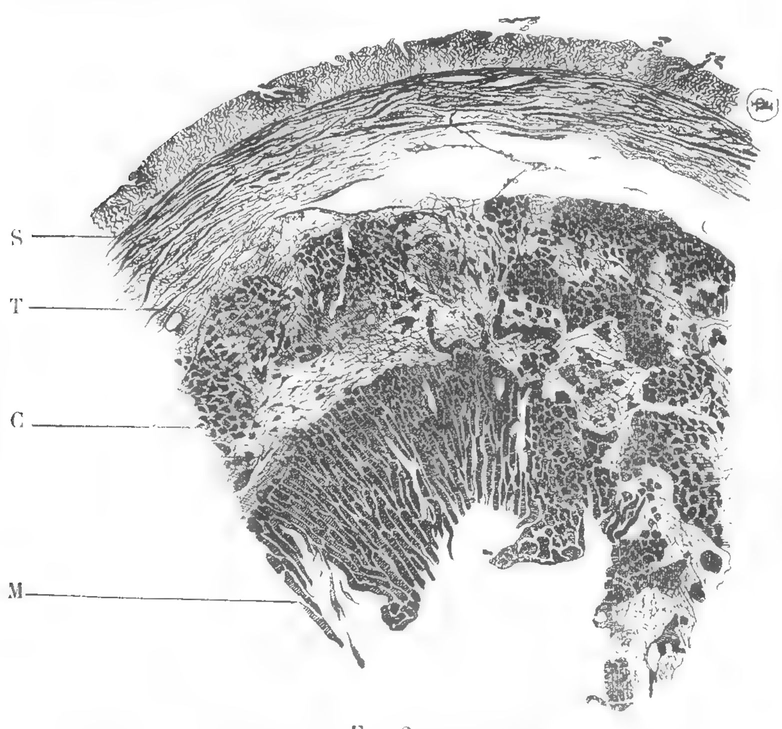


FIG. 2.

Coupe de l'appendice épithéliomateux (grossissement : 100/1).
M. — Muqueuse entièrement transformée en tissu néoplasique. — C. Sous-muqueuse, semée d'îlôts épithéliomateux. — T. Couche musculaire. — S. Séreuse.

avec des dépressions en forme de glandes et des saillies semblables aux prolongements interglandulaires; mais la coloration en paraît plus uniforme, et, à un plus fort grossissement, on constate qu'en effet il n'y a plus là ni glandes ni chorion muqueux, que les dépressions ne sont pas tapissées par un épithélium cylindrique et que le tissu qui constitue

les parties est un tissu néoplasique formé par l'agglomération de cellules épithéliales polyédriques et polymorphes, tassées les unes contre les autres en amas plus ou moins volumineux, et le plus souvent en trabécules de cordons pleins, anastomosés, dans les mailles desquels se voient des capillaires sanguins dilatés et quelques rares faisceaux conjonctifs. Ainsi est complètement transformée toute la muqueuse. (Fig. 2).

Plus en dehors, des travées conjonctives un peu plus épaisses la séparent de nouveaux îlots de ce tissu épithélial néoplasique, à disposition également trabéculaire, et qui remplissent complètement toute la sous-muqueuse, jusque contre les couches musculaires. Il ne reste pas trace des follicules lymphatiques de cette région.

La couche musculaire elle-même, bien que conservée, n'est pas

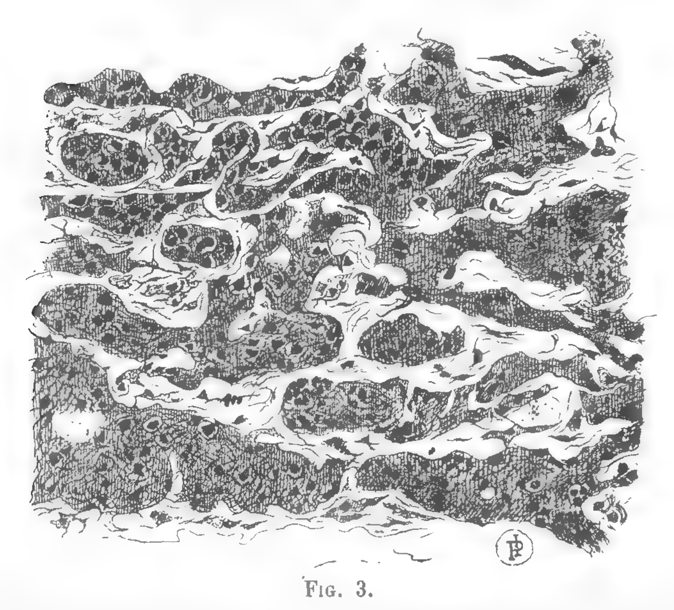


Fig. 3.

Coupe du noyau sous-cutané : cordons pleins épithéliomateux anastomosés (grossissement : 900/50).

indemne, on y voit de place en place des trainées de lymphangite épithéliale, qui se prolongent également dans la séreuse, et forment même des amas plus développés dans le tissu graisseux du méso de l'appendice.

Les cellules épithéliales qui par leur agglomération constituent le néoplasme sont des cellules polyédriques irrégulières, assez volumineuses, de 20 à 30μ en moyenne, pourvues d'un très gros noyau, rond ou ovoïde, vésiculeux, et renfermant un ou deux gros nucléoles. La couche de protoplasma est assez mince, et les cellules, étant fortement tassées les unes contre les autres, il est le plus souvent malaisé de distinguer leurs contours. Le stroma conjonctivo-vasculaire est généralement peu développé.

Un noyau métastatique sous-cutané de la paroi abdominale, enlevé dans une seconde intervention, nous a montré une structure histologique identique à celle du néoplasme appendiculaire. Mêmes cellules épithéliales polyédriques, même disposition en cordons pleins anastomosés.

Il s'agit donc, en somme, d'un *épithélioma polyédrique à disposition trabéculaire, développé dans la muqueuse de l'appendice, entièrement transformée, avec envahissement de la sous-muqueuse et traînées de lymphangite cancéreuse dans la musculaire et sous la séreuse.* Cette disposition des lésions, se montrant à leur maximum dans la muqueuse, et ne paraissant avoir envahi que secondairement les autres couches, permet de penser à un développement primitif du cancer dans cette muqueuse, bien qu'il soit impossible d'en retrouver le point de départ exact, tous les tissus normaux ayant disparu, et bien que, d'autre part, le type cellulaire du néoplasme diffère très notablement de l'épithélium normal de la région. Ce développement d'un épithéliome métatypique, à cellules polyédriques, aux dépens d'une muqueuse à revêtement cylindrique, peut d'ailleurs s'observer dans tous les organes pourvus de revêtements de ce genre (intestin, voies biliaires, bronches, etc.).

Nous avons donc eu affaire, ici, à un *épithélioma primitif de l'appendice iléo-cæcal*; affection relativement rare, si l'on rapproche le petit nombre de faits qui en ont été publiés du chiffre considérable d'appendices qui sont réséqués chaque année. Dans un travail de 1900 (1), M. A. O. J. Kelly, de Philadelphie, ne relevait-il pas que, sur sept cent six appendices enlevés pendant les trois années 1897, 1898 et 1899, par M. John B. Deaver, à l'hôpital allemand de Philadelphie, quatre fois seulement l'appendicite néoplasique avait été rencontrée : trois fois, il s'agissait d'épithélioma, une fois d'endothéliome.

Chez la plupart des malades, comme chez le nôtre, l'évolution clinique a d'abord été celle d'une appendicite chronique banale, et ce fut sur ce diagnostic que l'on opéra; le caractère exact de l'affection ne fut reconnu, le plus souvent, qu'à l'examen histologique.

Pourtant, dans notre cas, l'aspect tout à fait anormal de l'appendice, ses dimensions, sa dureté étaient de nature à éveiller d'emblée les soupçons.

Insistons encore sur le jeune âge de notre malade, vingt-sept ans, particularité qui se retrouve, d'ailleurs, dans plusieurs observations, où l'épithélioma appendiculaire existait chez des sujets de vingt-quatre ans, dix-neuf ans, douze ans et demi, etc. (2).

(1) A. O. J. Kelly (Philadelphie). Tumours of the vermiform appendix. — University med. Magazine, mai 1900.

(2) Dans un des cas observés par MM. Letulle et Weinberg; appendicite chronique et cancer primitif de l'appendice iléo-cæcal. *Soc. anat.*, 1900, p. 374.

Ce jeune âge, — et surtout, probablement, l'abondance du système lymphatique appendiculaire, — ont une part dans cette récidive presque immédiate, envahissante et diffuse que nous avons observée, et dans la généralisation précoce dont témoignaient les ganglions sus-claviculaires et le noyau métastatique de la paroi abdominale. Il semble donc que ces cancers appendiculaires soient de malignité très spéciale.

A propos du diagnostic des lésions rénales unilatérales.

M. Bazy. — Messieurs, dans la séance du 8 octobre dernier, à propos d'une présentation de pièces, M. Hartmann déclarait la nécessité absolue de faire la séparation de l'urine des deux reins pour établir le côté malade, et il citait à l'appui une observation qui lui avait paru absolument démonstrative.

Notre collègue Quénu avait cité une observation qui paraissait confirmative des observations de M. Hartmann.

En prenant part à la discussion, j'avais fait allusion à un malade de mon service et je disais :

« Au reste, il ne faut pas se fier aux apparences; j'ai dans mon service un jeune homme qui est tout à fait superposable à la malade de M. Quénu. Si l'on s'en rapportait aux résultats fournis par la palpation rénale, on dirait : rein tuberculeux d'un côté, c'est-à-dire du côté où le rein est gros, facilement accessible, mais sain du côté où il n'y a guère qu'un peu de résistance de la paroi, un peu d'empâtement de la région sans douleur. Or c'est le contraire qu'il faut dire parce que, quand on vient à pratiquer le toucher rectal, on détermine le réflexe urétéro-vésical de ce dernier côté. »

J'ajoutais « qu'il serait peut-être désirable de confirmer le diagnostic par la séparation de l'urine des deux reins; mais j'avoue que j'hésite un peu avant d'introduire l'instrument séparateur dans le rein de ce jeune homme ».

Si je n'ai pas fait la séparation de l'urine, c'est que je n'avais pas l'intention de lui faire une opération : car ce malade avait des lésions tuberculeuses avancées des poumons qui me paraissaient suffisantes pour contre-indiquer une opération.

Voici ce que disait l'observation très bien prise par mon externe M. Abram, le 10 septembre dernier, jour de son entrée. Je n'en donne que des extraits.

Vessie. — Légèrement douloureuse à la palpation abdominale; est très sensible au niveau du triangle interséminal.

Reins. —Douloureux à la palpation, le gauche surtout qui est en même temps augmenté de volume, globuleux, facilement appréciable par la palpation bimanuelle. (Du rein droit je disais qu'il n'y avait qu'un peu de résistance de la paroi, un peu d'empâtement de la région sans douleurs.)

Epreuve du bleu. — Le bleu et le chromogène passent dès la première demi-heure.

Il y en a une quantité très notable dans le verre de la sixième heure.

J'avais donc fait le diagnostic provisoire de bacillose du rein gauche, puisque d'une part j'avais une épreuve du bleu indiquant une élimination normale et d'autre part un rein gros, sensible à gauche et la pollakiurie nocturne.

Or je m'étais trompé, et, détail piquant, c'est grâce à mon externe Abram que j'ai réformé mon diagnostic.

Je lui avais dit de chercher le réflexe urétéro-vésical dont il n'était pas parlé dans l'observation, et, l'ayant cherché, il note : « Le toucher de ce côté gauche ne produit pas le réflexe douloureux; il existe à droite. »

L'existence de ce réflexe me fait porter le diagnostic de tuberculose rénale droite ; rein gauche atteint d'hypertrophie compensatrice, c'est-à-dire le contraire de mon premier diagnostic : et c'est de ce deuxième diagnostic dont je parlais dans ma communication du 8 octobre.

A la date du 29 novembre, on fait à nouveau l'épreuve du bleu et on note :

	Bleu	Chromogène
1er verre (après une demi-heure).	Néant.	Légère coloration.
2e verre (après une heure). . . .	Assez intense.	intense.

Vous le voyez, il y a déjà un retard dans l'apparition du bleu et du chromogène.

Le rein gauche, évidemment, devenait malade, peut-être amyloïde.

J'aurais voulu faire une épreuve dans ces derniers temps. Le malade est mort avant que j'aie pu le faire.

La mort a eu lieu le 16 janvier.

Le poumon gauche était complètement détruit.

Le droit très malade.

Or, voici l'appareil urinaire.

Comme vous le voyez, le rein gauche est très volumineux (son

volume avait augmenté dans les derniers temps) et détruit ou à peu près; de même l'uretère est très gros.

Le rein droit a un aspect sain; à la surface de la coupe, on voit des plaques blanc-jaunâtres, qui paraissent constituées par la dégénérescence amyloïde commençante que faisait prévoir l'épreuve du bleu.

Voici donc un cas où *l'examen clinique* seul a pu permettre le *diagnostic* exact de lésions unilatérales du rein.

Je ne veux pas insister plus qu'il ne convient; mais je ne puis m'empêcher de faire ressortir l'importance qu'a eue ici la constatation du réflexe urétéro-vésical; il a suffi pour me faire modifier un diagnostic, et c'est d'autant plus important que, ainsi que je le disais, c'est sur un homme que je le constatai, c'est-à-dire dans des conditions où l'introduction d'instruments volumineux et difficiles est des moins aisées.

Or, chez la femme, on peut sentir très facilement l'extrémité inférieure de l'uretère, et, quoiqu'il soit plus simple d'employer les séparateurs, il est inutile le plus souvent de les appliquer chez elle.

Ce fait prouve une fois de plus que, avec un examen clinique complet, on peut faire un diagnostic clinique complet.

Dégénérescence des fibromes utérins.

M. Potherat. — Je vous présente une pièce volumineuse qui n'est autre qu'un utérus enlevé à une femme de quarante-neuf ans, par hystérectomie abdominale subtotale, avec des fibromes annexés à cet utérus. Le tout représente un poids total de plus de 4 kilogrammes.

Jusqu'ici, rien de spécial. Ce sur quoi je veux insister, c'est sur la dégénérescence qu'a subie l'un des fibromes qui hérissent cet utérus. Ce fibrome très volumineux partiellement sous-péritonéal occupe la partie antéro-inférieure de l'utérus. Il s'était développé vers l'abdomen, remontant vers le pubis qu'il atteignait presque. Jamais la malade n'avait rien ressenti; la seule raison qui l'avait déterminée à consulter et à subir une opération était qu'elle éprouvait des pertes de sang, modérées d'abondance, mais incessantes, et qui avaient provoqué chez elle une anémie très marquée.

Mais, j'insiste sur ce fait, il n'y avait eu ni phénomènes abdominaux, ni troubles intestinaux.

Or, quand j'eus ouvert l'abdomen, je tombai sur une tumeur adhérente au péritoine, solidement adhérente.

En essayant de décoller ces adhérences, je vis que l'adhésion pariétale était si solide d'une part que celle-ci se déchirait plutôt que de se décoller, laissant à nu le tissu granuleux, mou, très friable, saignant abondamment. Je crus me trouver en présence d'une tumeur maligne, et mes assistants m'engageaient à ne pas pousser plus loin.

Mais me rappelant qu'une opération abandonnée à mi-chemin a le plus souvent des conséquences plus fâcheuses qu'une opération conduite à sa fin à travers de grandes difficultés, et considérant que la tumeur continuerait à saigner dans le ventre je résolus d'aller de l'avant.

Avec les plus grandes difficultés, je sortis la masse de l'abdomen. Elle était entièrement libérée, ne tenant que par sa continuité utérine; mais, en outre, je vis qu'elle était parcourue dans tout l'hémisphère supérieur de la tumeur principale par une bande d'aspect musculaire qui était une anse de l'intestin grêle, largement adhérente, épaissie elle-même, avec des altérations analogues dans la portion correspondante du mésentère.

Avec les plus grandes précautions, le soin le plus attentif, j'essayai de décoller cette anse; elle était tellement altérée, tellement friable qu'elle se déchirait à chaque instant et se rompit même en totalité; de sorte que je dus en réséquer une longueur d'environ 25 centimètres. Une entérorrhaphie circulaire rétablit la continuité de l'intestin; la section supravaginale de l'utérus libéra totalement la masse que je vous présente, avec la portion d'intestin réséquée.

L'abdomen fut fermé après drainage suivant le mode habituel.

La section de l'utérus et de cette masse molle, friable, saignante m'a montré que cette grosse masse est bien un fibrome considérablement dégénéré, avec une cavité kystique centrale. Cette dégénérescence est fréquente dans les fibromes sous-muqueux et interstitiels; elle est plus rare dans les fibromes sous-péritonéaux, surtout à ce degré. Il est plus rare encore que le processus qui a déterminé cette dégénérescence s'étende aux organes du voisinage et en particulier à l'intestin. C'est pourquoi je vous ai présenté cette pièce.

Cette dégénérescence n'a aucun caractère de malignité; c'est une dégénérescence inflammatoire d'origine centrale; il n'y avait dans le voisinage aucune lésion ayant propagé l'inflammation au fibrome; trompes et ovaires, en particulier, vous le voyez, étaient intacts.

Je signale, en passant, un autre fait. C'est le peu de développe-

ment de la cavité utérine malgré ces fibromes, et la présence d'une muqueuse lisse, sans végétations, dans un cas où il y avait un écoulement sanguin incessant depuis plusieurs mois.

La malade a été opérée il y a seulement quarante-huit heures; je ne puis dire si elle guérira; elle va actuellement aussi bien que possible.

La séance est levée à cinq heures et demie.

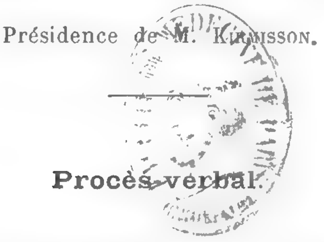
Pour le secréaire annuel,

A. Broca, archiviste,

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 28 JANVIER 1903

Présidence de M. KIRMISSON.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2° — Une lettre de M. G. FELIZET, qui demande un congé d'un mois pour raison de santé.

3°. — Une lettre de M. COUTEAUD, médecin en chef de la marine, remerciant la Société de sa récente nomination au titre de membre correspondant national.

4°. — Une lettre de M. HERESCO (de Bucarest), remerciant la Société de sa nomination au titre de membre correspondant étranger.

5°. — Un travail de M. RICHARD, intitulé : *Luxation postero-externe du coude droit complète en ce qui concerne le radius, incomplète en ce qui concerne le cubitus.* — Le travail de M. Richard est renvoyé à une commission dont M. CHAPUT est nommé rapporteur.

6°. — Une lettre de M. Charles MONOD, concernant la discussion courante sur l'appendicite.

Voici la partie scientifique de cette lettre :

Je renonce à prendre de nouveau la parole dans la discussion sur l'appendicite. Au point où en est le débat il suffit, comme le disait l'autre

jour un collègue que l'on sache dans lequel des deux camps se rangent les membres de la Société de chirurgie.

Ce que j'ai dit l'autre jour me met au nombre des temporisateurs.

Je m'en contente, renvoyant pour le détail à une thèse que prépare un de mes élèves et que je présenterai à la Société.

Ceux qui désireront (s'il en est) savoir exactement ce que je fais le trouveront dans ce travail.

A propos de la rédaction du procès-verbal.

M. Quénu. — L'argumentation improvisée de nos communications atteint dans les bulletins un développement inattendu que n'avait pas l'argumentation orale; de la sorte, la brève réponse n'est plus en rapport avec l'ampleur de l'argumentation. Je demande par suite qu'on nous envoie la totalité du placard renfermant la discussion.

M. Broca. — Je dois dire que moi aussi j'ai remarqué que certains orateurs ont remplacé par un manuscrit beaucoup plus long la rédaction que je leur avais consacrée. M. Quénu, au contraire, a rectifié quelques mots à peine de mon texte.

M. le Président. — Ce point me paraît devoir être discuté en comité secret, puisque plusieurs de nos collègues demandent la parole.

A l'occasion du procès-verbal.

Discussion sur l'appendicite.

M. Rochard. — Messieurs, comme le plus grand nombre de mes collègues de la Société de chirurgie, je viens soutenir aujourd'hui l'opération de l'appendicite après refroidissement.

Prenant la parole dans une discussion qui dure depuis trois mois, je reproduirai certainement beaucoup des arguments qui ont déjà été apportés à cette tribune; je commence par m'en excuser, mais je ferai mon possible pour être aussi bref que possible.

Permettez-moi, tout d'abord, de revenir un peu en arrière et, arrivé à la fin des débats, de vous rappeler leur origine.

Il a fallu l'intervention dans la discussion de notre si sympathique secrétaire général pour faire reprendre cette question toujours palpitante de l'appendicite ; avant lui, plusieurs orateurs avaient en vain essayé de mettre le feu aux poudres sans y parvenir, et encore a-t-il fallu que la personnalité si marquée de notre secrétaire général s'appuie sur la grande autorité médicale du professeur Dieulafoy.

M. Segond terminait, en effet, son discours par la fameuse formule que Richelot a reproduite à la tribune de l'Académie de médecine : « Attendre pour opérer que l'appendicite soit refroidie, c'est exposer le malade à la mort! » Formule qui, entre parenthèses, avait fait le titre d'une communication retentissante du professeur Dieulafoy à l'Académie de médecine le 8 juillet 1902 et qui a été reproduite dans la *Presse médicale* du 9 juillet 1902.

Il faut ici poser franchement la question : cette formule de M. Dieulafoy jette un blâme sur tous les chirurgiens qui pensent que certaines appendicites doivent être opérées à froid. Ce blâme émanant d'une personnalité aussi haut placée, de la bouche du professeur incomparable qu'est M. Dieulafoy, du doyen de la chaire de clinique médicale de la Faculté, a une portée dont, je crois, personne ici ne conteste la valeur, et ne devait pas rester sans réponse.

Je me suis demandé tout d'abord si le professeur Dieulafoy s'était placé sur le même terrain que nous et, à la réflexion, je me suis dit qu'il ne voyait pas la même catégorie de malades. On ne dérange pas, en effet, une personnalité de l'importance de M. Dieulafoy pour une simple colique appendiculaire, ou même pour une manifestation fugace, quoique très chaude, d'appendicite, on ne dérange même pas souvent le médecin et c'est ce qui explique les chiffres de M. Tuffier sur lesquels je reviendrai tout à l'heure.

M. Dieulafoy n'est donc appelé que pour les cas graves, pour les cas excessivement graves, où l'appendicite se déclare tout d'abord foudroyante, ou encore lorsqu'on a trop temporisé et qu'il est déjà bien tard pour intervenir, ou enfin lorsqu'il est appelé par un chirurgien qui veut décider la famille à une opération.

M. le professeur Dieulafoy a-t-il un correctif dans son service d'hôpital? Je ne le pense pas; car à l'heure actuelle, le service de garde des hôpitaux envoie toutes les appendicites en chirurgie et, à plus forte raison, il me semble qu'à l'Hôtel-Dieu, où chacun connaît les doctrines du professeur Dieulafoy, on n'envoie pas dans son service un malade qui ne ferait qu'un passage pour être immédiatement évacué sur une salle de chirurgie ; ce n'est donc pas trop risquer que de dire que dans la clientèle de M. Dieulafoy

la proportion des cas excessivement graves entre pour une très grande majorité, et dès lors la conclusion est toute logique; mais nous, chirurgiens, dans nos salles, nous voyons les choses tout autrement, et je puis dire, sans crainte d'être démenti, que, dans tous les services chirurgicaux de la capitale, le nombre d'appendicites refroidies ou refroidissant l'emporte de beaucoup sur le nombre d'appendicites opérées à chaud ou en pleine crise.

Dans sa communication à l'Académie à laquelle je faisais allusion tout à l'heure, M. Dieulafoy divise les chirurgiens en deux classes: les chirurgiens qui n'opèrent qu'à froid et les chirurgiens qui n'opèrent qu'à chaud. Or, s'il y a des chirurgiens qui prétendent opérer toujours d'urgence, il n'en est pas qui n'opèrent jamais qu'à froid et, pour prendre l'exemple de la malade citée par M. Segond, dont l'observation si dramatique nous a si réellement émus et dont l'histoire, comme on le lui a assez répété, n'était que celle d'une erreur de diagnostic, chez cette malade, dis-je, qui était atteinte de péritonite par perforation, il n'est pas un chirurgien ici présent qui n'eût opéré le plus vite possible, car je ne sache pas que l'arrivée de l'appendicite dans la thérapeutique chirurgicale ait modifié la conduite à tenir dans une péritonite produite par une perforation d'où qu'elle vienne, que ce soit de l'appendice, de l'estomac, du duodénum ou de n'importe quel point du canal intestinal.

Je crois donc pouvoir dire, sans crainte d'être démenti, que les appendicites très graves, menaçant immédiatement les jours du malade, sont opérées par tous les chirurgiens dans le plus bref délai possible.

Mais à côté de ces appendicites foudroyantes, il en est d'autres classes beaucoup plus nombreuses qui ne demandent qu'à refroidir, qui peuvent refroidir, qu'on doit laisser refroidir.

Pour mieux fixer les idées, permettez-moi de prendre un exemple: voici un malade qui est pris subitement dans l'après-midi d'une douleur très violente dans le côté droit, douleur qui s'exacerbe, qui s'accompagne bientôt de vomissements. On fait appeler le médecin qui constate une douleur bien nette au point dit de Mac Burney, de la défense de la paroi abdominale. Il prend la température qui est aux environ de 39 degrés. Il compte le pouls qui bat dans les 100 pulsations à la minute. Il fait, à juste raison, le diagnostic d'appendicite et, en bon médecin qu'il est, il fait appeler un chirurgien; mais il n'a pu voir son malade qu'après dîner, le chirurgien est sorti et ne peut venir que le lendemain matin. Le traitement médical a été institué et quand le chirurgien examine son malade, il trouve que les douleurs ont presque cessé par l'application de la glace, que la température n'est plus qu'à

38 degrés et que le pouls bat de 80 à 90 pulsations. Doit-il faire transporter immédiatement ce malade dans une maison de santé, pour l'opérer immédiatement? Je ne le pense pas. Pour ma part, quand les symptômes n'ont duré que quelques heures, je n'opère même pas, car il faut songer que 20 p. 100 des sujets autopsiés ont, suivant les chiffres de M. Tuffier, l'appendice malade et cependant ont parfaitement vécu avec ce petit organe un peu endommagé; et si nous parlons chiffres, songe-t-on à ce qu'il nous faudrait faire si, dans une population comme celle de Paris, il fallait opérer tous les appendices qui à un moment donné ont fait parler d'eux : il nous faudrait enlever environ cinq cent mille appendices!!! Que nous voilà de la besogne sur la planche!

Mais j'admets qu'on opère l'appendicite après la première crise, même bénigne; dans ce cas, on ne fait pas une opération pour parer au danger occasionné par cette première attaque, mais pour empêcher, l'appendice enlevé, qu'il ne se produise d'autres manifestations péritonéales; c'est donc une opération préventive qu'on a à faire et il faut, dans ce cas, se mettre dans les meilleures conditions possibles et ces meilleures conditions sont d'opérer à froid pour les raisons qu'on a déjà données à cette tribune et que je vais me permettre de rappeler brièvement : 1° parce que le refroidissement de l'appendicite est moins dangereux que l'opération à chaud; 2° parce que l'opération à froid n'expose pas aux erreurs de diagnostic; 3° parce que l'opération à froid donne moins d'éventrations que l'opération à chaud.

J'ai dit que l'opération après refroidissement était moins dangereuse que l'opération en pleine température, c'est-à-dire en pleine virulence; je m'explique : les outranciers, les radicaux posent ceci en principe que, quand ils ont opéré une appendicite, si le malade meurt, c'est qu'il ne pouvait pas guérir. Moi, j'estime qu'il ne serait peut-être pas mort si on avait laissé refroidir l'appendicite; mais, comme on ne pourra jamais faire la preuve, attendu qu'on ne peut savoir ce que serait devenu un malade opéré s'il ne l'avait pas été et qu'on ne peut pas dire qu'un malade aurait été certainement sauvé si l'on avait opéré sans le laisser refroidir, nous resterons toujours sur nos positions.

Mais on a parlé de statistique. Eh bien, si on se fie aux chiffres, je n'ai besoin que de vous rappeler ceux qui ont été apportés à cette tribune par Jalaguier et qui, dans leur simplicité, sont écrasants si on les compare à ceux donnés par les opérateurs à outrance.

Quant à l'erreur de diagnostic, elle est malheureusement fort commune. On vous en a apporté ici nombre d'exemples. Pour ma part, je vous ai même raconté l'histoire d'une malade qui m'avait

été montrée comme atteinte d'appendicite, chez laquelle, devant le danger des accidents, je pratiquai la laparotomie, et qui me montra un appendice des plus sains et tous les caractères macroscopiques d'une dothiénentérie que le séro-diagnostic et la marche ultérieure de la maladie vinrent surabondamment démontrer.

Il n'y a pas bien longtemps, j'étais appelé par un de nos collègues des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, pour examiner un jeune homme âgé de vingt ans qui avait présenté, une dizaine de jours auparavant, tous les caractères d'une crise sérieuse d'appendicite aiguë. Il faisait, quand je pus le voir, une nouvelle ascension thermique de 39 degrés et on me demandait s'il y avait lieu d'intervenir. Après examen, je conclus à une non-intervention, car j'avais des hésitations sur le diagnostic. Je demandai à revoir le malade et, après une nouvelle visite, j'exprimai l'idée qu'il faisait une fièvre typhoïde qui, du reste, accusa ses symptômes manifestes les jours suivants.

Tout dernièrement encore, on me demandait auprès d'une jeune femme souffrante depuis quelques jours, mais qui la veille avait été prise de douleurs aiguës dans la fosse iliaque droite, s'irradiant du côté de la jambe en flexion. Il y avait eu plusieurs vomissements, la température était de 40 degrés, le pouls battait 110 environ; on croyait à quelque chose de génital. Après examen, je conclus à l'existence probable d'une appendicite qui, vu l'état général de la malade, me paraissait pouvoir refroidir. J'instituai le traitement médical et, le lendemain, je constatai que la température était tombée à 38 degrés, que les douleurs avaient cessé, que le mieux était réel. Pourtant on vint me rechercher l'après-midi. La température était remontée à 40 degrés; la malade se trouvait beaucoup plus souffrante; j'examinai le ventre qui présentait du reste peu de défense et il me sembla y découvrir des taches rosées lenticulaires; il y avait de plus un peu de stupeur; je rectifiai mon diagnostic en posant celui de fièvre typhoïde, mais, devant les signes anormaux qui se présentaient à moi et l'élévation de la température, je demandai une consultation.

Ricard, connu de la famille, voulut bien venir examiner la malade et fut de mon avis. En sortant nous ne pouvions nous empêcher de nous confier combien certains cas étaient difficiles et du danger auquel les opérateurs radicaux étaient exposés en pareilles circonstances.

Je sais bien qu'il vont me répondre qu'ils ont toujours dit que l'opération ne devait être proposée qu'après diagnostic fait. Oui! Mais comme on voit rarement les malades moins de vingt-uatre

heures après le début de la crise, comme il faut dans certains cas plus de vingt-quatre heures pour établir le diagnostic, que devient alors le terme des fameuses quarante-huit heures après lesquelles l'opération devient dangereuse, que devient tout l'échafaudage de leur théorie? S'ils sont obligés d'attendre plusieurs jours, n'ayant pas de diagnostic ferme, ils deviennent, de radicaux qu'ils étaient, de pauvres opportunistes, de misérables refroidisseurs, de malheureux temporisateurs, et justement dans les cas quelquefois les plus dangereux, ceux où la maladie n'a pas d'allures franches, ou elle présente une marche insidieuse.

Quant à l'éventration, il est certain qu'avec l'opération à chaud elle doit être à peu près la règle, surtout quand, comme le fait Poirier, on met quatre drains gros comme le pouce. Elle ne se montre pas toujours pendant le séjour à l'hôpital, mais apparaît dès que le malade reprend son activité ordinaire. Cette éventration nécessite une intervention nouvelle; nous avons tous eu à en pratiquer, le malade doit donc être opéré une seconde fois, et cette fois-là vaut bien qu'on la compte.

Cette nécessité n'existe pas dans l'opération à froid, et c'est cette raison jointe à celles exposées déjà qui fait qu'elle doit être préférée.

J'en arrive maintenant au point le plus délicat de la question du refroidissement, aux cas que Ricard a appelé les cas moyens à ces cas dans lesquels on se demande s'il faut opérer de suite ou s'il faut tenter le traitement médical.

Chacun de nous a cherché une indication dans les symptômes : dans la dissociation du pouls et de la température, dans l'acuité et la continuité des douleurs, dans le facies, dans la physionomie du malade. Certes tous ces signes ont une grande importance, mais il est impossible de décrire, soit par des mots écrits, soit par des paroles, ce je ne sais quoi qui décide un chirurgien à s'abstenir ou à intervenir ; c'est qu'à côté du malade il y a le chirurgien avec son tempérament qui fait que plusieurs collègues en face du même cas d'appendicite ne seraient peut-être pas du même avis; pour ma part, dans ces cas délicats et sérieux, mais dans ces cas seulement, je penche du côté de l'intervention; si j'ai le moindre doute, j'opère, préférant opérer trop tôt que d'opérer trop tard; mais, je le répète, ces cas sont la grande exception et on ne peut leur appliquer la même formule qu'aux cas bénins.

Du reste, appliquer la même règle à toutes les appendicites me paraît une pratique antichirurgicale. A côté de la maladie il y a le malade; il y a même plus, il y a la constitution médicale du moment qui crée une virulence plus ou moins grande suivant les

temps et qui fait que ce qui est vrai aujourd'hui comme décision opératoire peut n'être pas vrai demain.

Les questions de chirurgie ne sont pas immuables, elles ne se traitent pas comme des problèmes d'algèbre. On n'édicte pas une formule opératoire comme on fait une formule pharmaceutique. A côté des symptômes il y a leur interprétation, et c'est cette interprétation, toujours si délicate, qui fait la difficulté, mais aussi la grande beauté de notre art.

C'est pourquoi en terminant je ne puis que répéter ce que j'ai dit au début : je me méfie de ces formules qui, sous leur apparente simplicité, n'en sont que plus trompeuses et plus dangereuses.

Ne nous a-t-on pas dit naguère qu'il y avait incompatibilité absolue entre l'appendicite et l'entérocolite muco-membraneuse, et que reste-t-il aujourd'hui de cette assertion?

Sur les formes infectieuses aiguës de l'appendicite.

M. Moty. — Je dois d'abord m'excuser de reprendre une seconde fois la parole sur la question de l'appendicite aiguë ; mais il me semble nécessaire d'insister encore sur les formes malignes d'emblée de l'appendicite désignées par M. Quénu sous le nom de formes hypertoxiques. Elles se caractérisent par un facies spécial du malade rappelant de très près celui des typhoïdes, et par un subdélire ou au moins une sorte d'excitation de la parole qui doivent imposer un pronostic réservé. La nécessité d'une intervention immédiate est généralement admise par tous les médecins appelés auprès du malade, mais quel que soit le traitement adopté, la maladie n'en suit pas moins une marche fatale. On sent qu'on est en présence d'une tare latente qui enlève à l'organisme son ressort habituel et qui est au-dessus des ressources de la thérapeutique actuelle. Ces formes graves doivent être mises en lumière, ne fût-ce que pour rassurer, d'une part, la conscience des chirurgiens qui les rencontreraient, et, d'autre part, pour qu'elles soient éliminées des statistiques destinées à juger la valeur comparative de l'intervention à chaud et de l'intervention à froid.

Voici deux observations inédites de ces formes typhoïdes ou malignes d'emblée de l'appendicite, observées à sept mois d'intervalle :

Obs. I. — T..., soldat au 28e d'infanterie, vingt-quatre ans, cultivateur, sans antécédents pathologiques, entre le 7 juin à l'hôpital militaire Saint-Martin pour appendicite datant de quarante-huit heures.

Les symptômes ont été : diarrhée et élévation brusque de la température au-dessus de 39 degrés, vomissements bilieux, douleurs abdominales assez vives.

On constate à l'entrée un peu de ballonnement du flanc droit seulement, et les signes habituels de l'appendicite. Le pouls oscille entre 90 et 100, le facies est grippé ; subdélire rappelant celui des typhoïdiques.

7 juin : Intervention d'urgence sous le chloroforme par l'incision de Roux avec section musculaire reportée en dedans de la section aponévrotique ; gros intestin et anses grêles voisines congestionnés; appendice libre, turgide, vide facile à réséquer; ébouillantage des anses congestionnées, drain, suture.

L'appendice montre une muqueuse très épaissie portant quelques petites taches ecchymotiques.

Le délire continue à s'accentuer.

Le 9 juin : Pansement ; le malade en s'agitant à fait sortir le drain ; suture en parfait état ; le drain n'est pas replacé.

Le 11 : Nouveau pansement remplaçant celui que le malade a dérangé ; suture tout à fait sèche ; le délire progresse de jour en jour ; deux points pneumoniques dans les bases, crachats rouillés.

Le 16 juin : mort.

L'autopsie montre que la réunion est complète, le péritoine sain, le moignon de l'appendice libre et en voie de cicatrisation normale ; les deux poumons sont hépatisés dans leur quart inférieur, le foie est gras.

Nous avons su pendant le cours de la maladie que le malade était un alcoolique.

Obs. II. — D..., 128e d'infanterie, vingt-deux ans, garçon boucher, entre le 9 janvier 1903 à l'hôpital militaire Saint-Martin pour appendicite.

Il a eu, à l'âge de dix-neuf ans, une première atteinte grave de cette maladie et deux atteintes légères dans les trois années suivantes ; poussées d'ictère fréquentes depuis la première atteinte.

Début de l'attaque actuelle pendant la nuit du 8 au 9 janvier ; vomissements bilieux ; à l'entrée, à 3 heures du soir, douleur au point de Mac Burney, ventre souple, ne se défendant qu'au palper de la fosse iliaque droite ; pouls 110 ; température 39°6, diète absolue, compresses de sublimé au 1/2000 sur l'abdomen ; expectation ; urines spontanées ; teinte subictérique, agitation. Le pouls redescend à 104 vers 5 heures du soir.

Le 10 : Pouls remonté à 110, ictère plus marqué, agitation et subdélire ; intervention d'urgence sous le chloroforme. Appendice très adhérent à l'extrémité du cæcum, un volumineux coprolithe libre est retiré assez facilement, puis l'origine de l'appendice est isolée, liée et sectionnée au thermocautère ; on le libère ensuite assez facilement de ses adhérences ; il n'y a pas de pus, mais l'odeur fécaloïde est très

accusée ; les vaisseaux du méso complètement adhérent saignent assez fortement ; une seule ligature suffit cependant à l'hémostase ; ébouillantage rapide du foyer, drainage, réunion.

Le délire et l'ictère s'accusent de plus en plus, et malgré le sérum artificiel, le malade, dont la température est revenue graduellement à la normale, tandis que son pouls se précipitait de plus en plus, meurt le 13 à 7 heures du matin.

L'autopsie montre que le foyer de l'opération, d'aspect gangreneux, exhale une odeur infecte (malgré plusieurs pansements faits pendant la vie), le foie est gras ; le péricarde contient une ou deux cuillerées de liquide séro-sanguin brunâtre ; le péritoine est congestionné, mais sans trace d'épanchement ni d'adhérences ; vessie vide, ictère très prononcé.

Je dois dire que, dans le premier de ces deux cas, je me suis demandé, jusqu'au moment de l'autopsie, s'il n'y avait pas coexistence d'une fièvre typhoïde avec l'appendicite ; mais il n'en était rien, et la malignité du cas n'a pu être attribuée qu'à l'altération alcoolique du foie ; les urines étaient normales.

Dans le second, il nous semble, d'après les commémoratifs, que la gravité de l'attaque terminale a été due principalement aux altérations hépatiques résultant des attaques antérieures, surtout de la première, mais la rapidité de son évolution ne nous a pas permis de procéder à l'examen des urines qui étaient, d'ailleurs, d'apparence et de quantité normales. La dégénérescence du foie a peut-être été aggravée elle-même par l'alcoolisme.

En résumé, il existe des formes infectieuses de l'appendicite contre lesquelles toutes les méthodes de traitement paraissent condamnées à un échec fatal, la rapidité de l'infection n'offrant plus la possibilité de s'opposer à son développement par une intervention immédiate, et le défaut de résistance de l'organisme ne permettant pas de poursuivre avec chances de succès le refroidissement de la poussée.

Ces formes, contrairement aux formes compliquées signalées par notre collègue Chaput, sont graves par elles-mêmes, en dehors de toute complication, et l'insuccès des méthodes de traitement qui leur sont appliquées ne prouve rien contre la valeur de ces méthodes dans les formes ordinaires.

Des examens et culture de sang, pendant la vie, seraient nécessaires pour bien caractériser ces formes hypertoxiques ou infectieuses de l'appendicite.

Communication.

Tumeur polykystique périrénale développée aux dépens du corps de Wolff,

par M. J. ALBARRAN.

J'ai l'honneur de vous présenter une fillette âgée de dix mois chez qui j'ai extirpé une volumineuse tumeur périrénale polykystique. La pièce anatomique que je vous montre est, je crois, unique. Voici l'observation clinique.

N... (Hortense), âgée de dix mois, entre à l'hôpital Hérold le 7 décembre 1902, dans le service de notre collègue M. Barbier.

L'enfant, élevée au sein, se porta bien jusqu'à l'âge de cinq mois. A ce moment sa mère lui donna quelques aliments solides et alors apparut une diarrhée verte qui dura environ quinze jours. Trois mois avant son entrée à l'hôpital, l'enfant fut de nouveau nourrie au sein.

Ce n'est qu'au début du mois d'octobre 1902 que la mère s'aperçut pour la première fois du développement anormal de l'abdomen de son enfant qui présentait une saillie du côté droit; depuis la tumeur s'est développée progressivement et son accroissement a été surtout marqué à partir du 20 novembre.

Dans les premiers jours de décembre l'enfant a toussé et on l'a reçue dans le service de M. Barbier où on l'a soignée pour une bronchite; la température s'est élevée de 38 à 39 degrés et est revenue aux environs de 37°5 à partir du 18 décembre; depuis elle est restée à peu près normale jusqu'à l'opération.

Lorsque j'examinai la petite malade je vis une enfant mal développée, pâle, amaigri, se nourrissant mal. L'abdomen, très développé, présente une saillie anormale au niveau du flanc et de l'hypocondre droits; on voit sous la peau une circulation veineuse complémentaire plus développée du côté droit. La tumeur occupe tout le côté droit du ventre; en haut elle se confond avec le foie; en bas elle arrive jusqu'à la fosse iliaque; en dedans elle dépasse la ligne médiane et arrive jusqu'au bord externe du muscle droit du côté gauche. Au palper on constate que la tumeur est lisse, régulière; par le palper combiné on sent très bien le contact lombaire, mais la masse néoplasique est trop considérable pour ballotter, il n'existe qu'une transmission en masse. On ne peut, d'ailleurs, imprimer à la tumeur aucun mouvement de latéralité. La percussion donne dans toute l'étendue de la tumeur de la matité se continuant en haut avec la matité hépatique sans zone intermédiaire de sonorité; pas de sonorité colique au devant de la tumeur.

Le peu d'urine qu'on a pu recueillir a permis seulement de constater qu'il n'y avait pas d'albumine, ni sucre, ni pigments biliaires. Rien d'anormal au microscope. Jamais la mère n'a constaté d'*hématurie*.

Les *troubles fonctionnels* se réduisent à une diminution du nombre des mictions, l'enfant ne mouillant ses couches que deux fois par jour en dehors des selles.

Appareil digestif. — Une seule incisive médiane inférieure. Deux selles jaunes par jour. Foie confondu avec la tumeur.

Appareil respiratoire. — L'enfant tousse à plusieurs reprises dans la journée. Quelques râles ronflants et quelques sibilances disséminées dans les deux poumons.

Appareil circulatoire et système nerveux. Rien à noter.

Rein gauche non senti.

Je portai le diagnostic de tumeur rénale droite, probablement mixte, et, malgré l'état précaire de l'enfant, je décidai d'opérer de suite. La tumeur se développait en effet si rapidement que Barbier avait pu constater son augmentation de volume pendant les quinze jours que l'enfant resta à l'hôpital avant l'opération.

Opération. — Le 22 décembre laparotomie latérale sur le bord externe du muscle droit; l'incision s'étend du rebord costal jusqu'à près de l'arcade crurale. Derrière le péritoine pariétal antérieur je vois la tumeur recouverte du feuillet postérieur de la séreuse; le côlon ascendant est aplati et refoulé en dedans. J'essaie d'inciser le péritoine recouvrant la tumeur et de le décortiquer, mais je constate une fusion si intime de la séreuse et de la tumeur que je décide la néphrectomie sous-capsulaire, me proposant d'extirper ensuite la capsule. J'incise longitudinalement une coque assez épaisse et j'arrive ainsi sur une grosse masse néoplasique polykystique ayant l'aspect d'une môle hydatiforme. Croyant avoir affaire à une tumeur rénale polykystique je m'assure par la palpation de l'existence de l'autre rein qui était bien en place. Très facilement je fais la décortication sous-capsulaire et j'enlève la grosse masse néoplasique sans avoir à lier d'autre vaisseau qu'une petite artère. J'entrepris alors l'extirpation de la capsule, qui s'épaississait beaucoup en haut, se confondant avec la capsule propre du rein et adhérait au foie; je réussis avec quelque peine à enlever la capsule et le rein aplati, à pédicule dissocié, qu'il m'eût été impossible de conserver. Il n'existait aucun ganglion engorgé.

En enlevant la capsule j'avais dû extirper presque tout le péritoine postérieur et je ne pouvais songer à pratiquer le procédé de mon maître Terrier; aussi je me contentai de placer un drain et je fermai par trois plans de suture toute la plaie de la paroi abdominale.

Pendant l'opération l'enfant eut une syncope au moment ou je décortiquais la tumeur. Pendant les quatre jours qui suivirent la fillette eut un peu de température (jusqu'à 38°7), puis tout rentra dans l'ordre. On fit des injections sous-cutanées de 250 grammes de sérum pendant une semaine, et dès le second jour on reprit l'allaitement. Le drain fut enlevé le cinquième jour.

Aujourd'hui, plus d'un mois après l'opération, l'enfant est dans d'excellentes conditions, il a engraissé et se porte très bien.

Examen de la pièce. — La tumeur, dont le poids est d'un kilogramme, se trouvait située au devant et au-dessous du rein droit qu'elle refoulait

en l'aplatissant. Le néoplasme comprend une capsule conjonctive d'épaisseur variable qui se fusionnait avec la capsule propre du rein au niveau de la partie inférieure de ce viscère; en haut la capsule adhérait très fortement au foie; en dedans je pus, sans grande peine, la séparer de la veine cave. Dans l'intérieur de cette capsule, sans aucun rapport direct avec le rein, se trouvait une masse composée d'une infinité de petits kystes, dont le volume varie, pour la plupart, de celui d'une tête d'épingle à celui d'une cerise; quelques kystes sont plus gros et il en est qui atteignent le volume d'une grosse mandarine. Tous ces kystes contiennent un liquide clair ou jaunâtre très fluide ou filant.

Les dimensions de la tumeur sont : longueur 27 centimètres, épaisseur 20 centimètres, largeur 22 centimètres.

Le *rein* a été aplati et refoulé par la tumeur, ce qui lui donne la forme d'un rein en fer à cheval. Comme vous pouvez le constater, il est enveloppé de sa capsule propre qui le sépare complètement de la tumeur. La moitié supérieure du bassinet et les calices qui en dépendent sont dilatés. Le parenchyme rénal paraît sain en dehors de ces phénomènes de compression.

Il n'existe dans le rein et, autant que j'ai pu le voir, dans le foie, aucun kyste.

Examen histologique. — J'ai examiné des préparations faites avec des fragments de la tumeur pris dans différents endroits : partout la structure est la même. Le stroma de la tumeur est formé par du tissu conjonctif à différents stades de développement; embryonnaire muqueux dans de rares endroits, presque partout ce tissu est fibrillaire et présente des cellules allongées. J'ai constaté dans le stroma quelques fibres musculaires lisses; nulle part de fibres musculaires striées. Les kystes présentent tous un revêtement épithélial cubique plus ou moins aplati; beaucoup d'entre eux contiennent des formations endogènes sous forme de grosses papilles recouvertes du même épithélium.

A côté des kystes on trouve une grande quantité de tubes épithéliaux, ayant parfois l'apparence de masses épithéliales pleines, dont les cellules sont plus hautes que celles des kystes déjà formés; leur apparence est celle des tubes du corps de Wolff encore peu développé. Nulle part e n'ai vu des formations glomérulaires.

Comme le démontre la description précédente, nous sommes en présence d'une tumeur polykystique périrénale. Etant donné son indépendance absolue du rein et l'absence de kystes dans le parenchyme rénal, il est impossible de concevoir le développement du néoplasme si on ne fait intervenir des néoformations aberrantes du corps de Wolff; cette manière de voir est confirmée à l'évidence par l'étude des kystes les plus petits et par celle des nombreux tubes épithéliaux de la tumeur. Jusqu'à ce jour, cette pièce est le seul exemple de tumeur polykystique périrénale.

Les tumeurs périrénales, quoique rares, ne sont pas exceptionnelles chez l'adulte, et nous avons pu, Imbert et moi, réunir

jusqu'à soixante-quatre cas de ces néoplasmes. Chez l'enfant, je n'en connais que six exemples.

Les observations de tumeurs périrénales chez l'enfant sont : 1° celle de Hawkins, qui trouva dans une autopsie un kyste uniloculaire à côté d'un rein supplémentaire; 2° celle de Thiersch, qui pratiqua la laparotomie et ne put extirper un très volumineux sarcome; 3° le cas de Hueter : sarcome chez un enfant de quatre ans qui mourut de la néphrectomie; 4° un sarcome, opéré par la néphrectomie, avec guérison immédiate et récidive rapide, publié par Stiiwe; 5° le cas de Brock : rhabdomyome trouvé à l'autopsie; enfin, 6° une observation de lipome périrénal chez un enfant d'un an opéré par Brock avec succès; l'enfant allait bien un an et demi après l'opération.

Chez l'adulte, je ne connais aucune observation de tumeur polykystique périrénale, mais, au point de vue du rôle que peut jouer le corps de Wolff dans le développement de ces néoplasmes, il existe quatre observations que je crois pouvoir rapprocher de la mienne. Ce sont les deux cas de kyste simple rétro-péritonéal observés par Lokwood dans lesquels cet auteur trouva un épithélium qui le fit penser à l'origine wolffienne. C'est ensuite l'intéressante observation de MM. Hartmann et Le Cène qui, dans une très volumineuse tumeur périrénale solide, constituée par du lipome, du myome et du sarcome, trouvèrent des tubes ayant la structure des canaux de Wolff. Enfin, une observation de Helling, qui trouva une tumeur périrénale kystique que l'examen histologique démontra être un adéno-carcinome papillaire kystique.

L'ensemble de ces cas démontre que les débris du corps de Wolff peuvent jouer un rôle dans le développement des tumeurs périrénales. En rapprochant ces faits des tumeurs mixtes du rein, on peut admettre qu'une partie des masses épithéliales de ces tumeurs a une origine wolffienne.

En ce qui regarde le rein polykystique congénital, l'hypothèse de l'origine wolffienne de ces tumeurs, avancée par Birch-Hirschfeld, n'est guère admise, parce qu'on n'a jamais montré une tumeur polykystique née du corps de Wolff. Or, la tumeur que je vous présente est bien polykystique et d'origine wolffienne. Je ne crois pas pourtant que la théorie de Birch-Hirschfeld doive être admise; la discussion de ce point particulier m'entraînerait loin de mon sujet et je me contenterai de faire remarquer que cette théorie ne saurait expliquer la fréquente coïncidence des kystes du foie avec le rein polykystique.

En terminant, je ferai remarquer les résultats opératoires obtenus par la néphrectomie dans les tumeurs périrénales de l'enfant. Sur quatre opérés, tous âgés de un à quatre ans, nous

trouvons : une mort opératoire, une récidive, une guérison qui se maintient après un an et demi avec chances de guérison parce qu'il s'agit d'un lipome; enfin, le cas que je vous présente où l'espoir est légitime, étant donnée la nature de la tumeur, d'une guérison de longue durée. Je crois que pendant longtemps encore on ne pourra distinguer cliniquement, chez l'enfant du moins, les tumeurs périrénales des néoplasmes du rein, mais l'opération dans les tumeurs du rein donne de bien meilleurs résultats qu'on ne croit généralement. Je connais jusqu'à six observations d'enfants opérés qui étaient bien portants de trois à onze ans après la néphrectomie, et je crois pouvoir estimer au moins à 10 p. 100 des opérés les cas de guérison durable. La gravité opératoire immédiate ne dépasse pas 25 p. 100 et le malade que je présente démontre bien qu'on peut réussir même chez de très jeunes enfants en mauvais état. Ces résultats ne sont sans doute pas très brillants, mais je pense qu'ils doivent nous encourager à opérer et qu'il est du devoir du chirurgien de ne pas hésiter à intervenir lorsqu'il existe quelques chances de guérison et que l'expectation conduit fatalement à la mort.

M. Lejars. — Je demanderai à M. Albarran s'il est absolument sûr que la tumeur fût tout à fait indépendante du rein. Il y a, en effet, plus qu'on ne le croit, des tumeurs polykystiques du rein — tumeurs, comme on sait, d'origine congénitale — qui sont partielles, et se cantonnent par exemple, au tiers supérieur de l'organe. En se développant, elles peuvent paraître indépendantes du rein, dont la majeure partie est saine.

M. Albarran. — Des détails opératoires que M. Lejars pourra lire dans mon texte, il résulte avec évidence qu'il y avait indépendance. Et sur la pièce fraîche j'ai pu, sous la capsule, décortiquer le rein intact.

M. Lejars. — L'examen histologique du rein a-t-il été fait?

M. Albarran. — Il n'a révélé qu'un peu de néphrite interstitielle.

M. Lejars. — Il n'y avait pas de kystes?

M. Albarran. — Non, dans aucun point.

Rapport.

Cancer de la portion thoracique de l'œsophage. — Extirpation du néoplasme, par la voie médiastinale postérieure droite, combinée à une incision cervicale. — Mort, par M. J.-L. FAURE, agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. A. DEMOULIN.

Dans la séance du 17 décembre dernier, notre collègue Faure, présentait une portion d'œsophage thoracique atteinte de cancer, qu'il avait *enlevée sur le vivant*, quelques jours auparavant, par une incision cervicale combinée à la voie thoracique postérieure droite. La partie réséquée, comprenait les 11 premiers centimètres de l'œsophage thoracique. Les tuniques de l'organe épaissies, infiltrées sur une hauteur de 7 centimètres, formaient une masse cylindrique, dont la lumière admettait à peine le passage d'une sonde cannelée de trousse. Il y avait au-dessus et au-dessous de la portion dégénérée, 2 centimètres environ de muqueuse, en apparence saine ; les limites du mal avaient donc été largement dépassées.

J'ai eu la bonne fortune d'assister à l'opération, très méthodiquement conduite et brillamment exécutée par notre collègue, ce qui ne surprendra personne, et comme c'est la première fois qu'une intervention chirurgicale de ce genre a été menée à bien (car Rehn, dans le cas où il est intervenu pour un cancer de la portion thoracique de l'œsophage, n'a point enlevé le néoplasme), je vous prie de m'accorder votre bienveillante attention pendant quelques instants.

Je crois devoir signaler, au début de ce rapport, que l'accès de la portion supérieure ou moyenne de l'œsophage thoracique, encore difficile par la résection large des 6e, 5e, 4e, 3e et 2e côtes devient très facile, après la résection, ou même la simple section de la 1re côte.

En effet, tant qu'il existe une côte intacte à la partie supérieure du thorax, elle relie invinciblement la moitié de la poitrine, à laquelle elle appartient, à la colonne vertébrale, et il est impossible d'écarter de cette dernière, le moignon de l'épaule. Quand la 1re côte, jusqu'alors respectée par les opérateurs, a été sectionnée, le médiastin postérieur s'ouvre pour ainsi dire, l'épaule s'écarte largement de la colonne vertébrale, à tel point qu'il faut maintenir le membre supérieur pour éviter le tiraillement du plexus

brachial. Le jour ainsi obtenu est si grand, qu'en réséquant un nombre suffisant de côtes, il serait peut-être possible d'enlever un néoplasme œsophagien, situé immédiatement au-dessus du diaphragme.

La résection de la première côte ou même sa simple section après résection large des côtes sous-jacentes (en général, les 2e, 3e, 4e, 5e et 6e), combinée à une incision cervicale qui permet le dégagement de la portion cervicale de l'œsophage et de la portion toute supérieure de la partie thoracique de ce conduit, fait l'originalité du procédé de M. Faure.

Voici l'observation de notre collègue, la technique opératoire qu'il a imaginée, y est, comme vous le verrez, minutieusement décrite.

Pr..., cinquante-deux ans, manœuvre, s'est présenté dans les premiers jours du mois d'août 1902, à l'Hôtel-Dieu, avec des troubles graves de la déglutition, qui ont fait porter le diagnostic de cancer de l'œsophage. La gastrostomie a été proposée mais refusée. Pr... est revenu à l'hôpital, vers le milieu du mois de novembre 1902; son état s'est aggravé, les solides ne passent plus, les liquides passent difficilement, et une grande partie en est rejetée par régurgitation. L'amaigrissement a été rapide.

Le cathétérisme permet de constater un obstacle, siégeant à 22 centimètres des arcades dentaires, soit à 7 centimètres de l'origine de l'œsophage.

Le 25 novembre 1902, gastrostomie par le procédé de Fontan. Les jours suivants, l'alimentation se fait bien, pas d'écoulement du suc gastrique.

Le malade est amaigri, mais bien vivant, résistant encore, et me paraît dans de bonnes conditions pour supporter une intervention grave. Je me demande s'il n'y aurait pas lieu de tenter, chez lui, une extirpation du néoplasme. Un petit ganglion, siégeant dans le creux sus-claviculaire droit, montre qu'il ne saurait y avoir aucun doute sur la nature de l'obstacle, mais me fait faire des réserves sur l'étendue du mal.

Après plusieurs recherches cadavériques, je me convaincs rapidement que, grâce à une technique nouvelle, l'extirpation de l'œsophage est relativement simple, et le 12 décembre, aidé par mon chef de clinique, M. Fredet, et par mes internes MM. Maret et Rottenstein, le chloroforme étant administré par M. Descomps, je pratique l'opération de la façon suivante :

Le malade étant couché sur le dos, les épaules un peu relevées, je me place à sa droite, et je fais, dans la région cervicale droite, sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, une incision longue de 10 centimètres environ, s'arrêtant un peu au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire. Je récline le muscle et les gros vaisseaux et je vais au-dessous du corps thyroïde, entre le cleïdo-hyoïdien et l'omo-hyoïdien,

à la recherche de la trachée. Je l'isole de l'œsophage avec l'index, et par la même manœuvre, je sépare ce dernier conduit de la colonne vertébrale.

Je passe derrière l'œsophage, libéré à son entrée dans le thorax, deux fils de soie, de façon à pouvoir le lier ultérieurement, et le sectionner entre deux ligatures, si l'exploration par la voie thoracique postérieure me montre la possibilité de l'opération. J'enfonce, par l'incision cervicale, mon doigt dans le thorax, au-dessous des fils, je sens facilement à 2 centimètres environ au-dessous d'eux l'œsophage induré et malade, et tout en pensant aux culs-de-sac pleuraux, je le libère, dans le thorax, aussi bas que possible.

Le petit ganglion sus-claviculaire est alors enlevé. Toute cette première partie de l'opération se passe sans incident. La plaie cervicale est tamponnée.

Le malade est alors couché sur le côté gauche, un peu incliné sur le ventre, et calé avec des coussins, de façon à ce que la région thoracique postérieure droite se présente bien. Je me place encore à la droite du malade, et montant sur un tabouret bas, pour dominer le champ opératoire, je fais une large incision, à égale distance du bord spinal de l'omoplate et de la ligne des apophyses épineuses. Cette incision part à peu près de la hauteur de la pointe de l'omoplate et se prolonge, dans la région cervicale, jusqu'à la saillie du bord externe du trapèze. Les tissus sont d'emblée sectionnés jusqu'aux côtes (trapèze et rhomboïde) et le muscle trapèze est également divisé, dans sa portion cervicale, en ayant bien soin de ne pas blesser les nerfs du plexus brachial.

Les 6e, 5e, 4e, 3e et 2e côtes sont alors ruginées avec soin sur leur face externe, depuis le sommet des apophyses transverses, jusqu'à 5 ou 6 centimètres en dehors d'elles. La 6e côte étant dénudée, il se produit, pendant qu'on la résèque, au niveau d'une adhérence, une légère déchirure de la plèvre, par où, l'air pénètre dans la poitrine, produisant, lentement, un pneumothorax, dont le malade ne paraît d'ailleurs pas se ressentir. Isolément et résection de 5 à 6 centimètres des 5e, 4e, 3e et 2e côtes. La première est alors découverte, ruginée et réséquée avec précaution, sur une longueur de 2 centimètres environ. Un aide est chargé de maintenir énergiquement le bras droit, de façon à éviter toute traction sur le plexus brachial et ses racines. Car, dès que la première côte est sectionnée, l'épaule tend, en effet, à s'écarter de la colonne vertébrale.

Les vaisseaux et nerfs intercostaux qui traversent le champ opératoire sont sectionnés, il n'y a pas le moindre écoulement sanguin.

Il est alors très facile de décoller la plèvre de la gouttière costo-vertébrale et de pénétrer dans le médiastin, en écartant, en dehors, le poumon tout entier, dont les mouvements sont peu gênants, et qu'on refoule avec des compresses qui protègent, en même temps, la plèvre contre les fragments aigus des côtes. Toutefois, en pratiquant le décollement pleural, une nouvelle petite déchirure se produit au niveau de la gouttière costo-vertébrale, mais elle est sans importance, puisque le pneumothorax existait déjà. Le décollement achevé, le médiastin posté-

rieur est largement exposé, et les organes qui y sont contenus apparaissent avec la plus grande netteté.

J'explore le néoplasme que j'ai sous les yeux. Il est situé derrière la partie inférieure de la trachée et au niveau de la bifurcation des bronches qu'il dépasse un peu par en bas; il est très facilement isolable de la colonne vertébrale et il ne me semble pas présenter d'adhérences bien sérieuses aux parties voisines.

La crosse de l'azygos le croise à sa partie inférieure, elle est coupée entre deux ligatures, et nous avons ainsi le champ libre, jusqu'à la partie inférieure du médiastin, car nous ne voyons pas le cul-de-sac pleural rétro-œsophagien, décrit par Quénu et Hartmann, par Potarca, probablement il se sera séparé facilement de l'œsophage, pendant les manœuvres de décollement de la plèvre costo-vertébrale.

Jugeant que l'extirpation sera facile, je reviens à la plaie cervicale, je serre les deux fils de soie passés derrière l'œsophage, et distants l'un de l'autre d'environ 1 centimètre, et je coupe le conduit, au thermo-cautère, entre les deux ligatures. Puis, saisissant le fil du bout inférieur avec une pince, je le conduis, par la plaie cervicale, dans le thorax, où je le saisis facilement, attirant avec lui le bout inférieur de l'œsophage qui se laisse aisément décoller de la partie inférieure de la trachée et des bronches. Le néoplasme qui est cylindrique et n'adhère nulle part, est ainsi complètement isolé et je place alors un fil sur l'œsophage, à 2 ou 3 centimètres au-dessous du point où cesse l'induration néoplasique. Je sectionne l'œsophage au thermo-cautère, immédiatement au-dessus de la ligature, et le néoplasme est enlevé. Par surcroît de précaution je place, sur le bout inférieur de l'œsophage, un second fil au-dessous du premier et j'abandonne ce bout inférieur, après en avoir touché la surface de section au thermo-cautère.

La région débarrassée de l'œsophage apparaît alors. On voit, sur une hauteur de 8 à 10 centimètres toute la face postérieure de la trachée, jusqu'à sa bifurcation et les deux bronches jusqu'à leur point de pénétration dans les poumons. Le long du bord droit de la trachée et sur la bronche droite est couché le pneumogastrique qui ne va que plus bas, se jeter sur la partie inférieure de l'œsophage, ce nerf n'a point été vu pendant le cours de l'opération. La crosse de l'aorte facile à sentir, avec le doigt, est invisible. La sous-clavière droite est facile à sentir et à voir par sa partie postérieure et inférieure.

Il n'y a pas, dans cette vaste cavité, le moindre écoulement sanguin.

Je mets un drain dans le médiastin, à la place de l'œsophage, un autre drain descendant sur le diaphragme. Un fil d'argent, passé dans la troisième côte et l'apophyse transverse correspondante, est destiné à maintenir l'épaule, et à l'empêcher de s'écarter de la colonne vertébrale. Les muscles sont suturés au catgut, et la peau au fil de lin.

Il n'y a eu que deux ligatures, l'une sur une artère musculaire, l'autre sur la crosse de l'azygos.

Le malade est alors remis sur le dos, et le bout supérieur de l'œsophage est fixé, par plusieurs points de suture, dans la plaie cervicale qui est fermée sur toute sa longueur. Un drain fixé aux tissus et péné-

trant dans le bout supérieur de l'œsophage, est destiné à conduire la salive au dehors.

L'opération a duré une heure et demie. Le malade s'est bien comporté, sans défaillances, sans menaces d'asphyxie ou de syncope. Par précaution, il a reçu, au cours de l'opération, plusieurs injections d'éther et de caféine.

Pansement à la gaze stérilisée, immobilisation rigoureuse du bras droit.

La température axillaire, prise après l'opération, au moment où le malade venait d'être transporté dans son lit, est à 36°8, le pouls à 95.

A 2 heures de l'après midi, le malade est revenu à lui, il parle, sa voix est bonne, il répond aux questions qu'on lui pose, il se trouve bien et ne souffre de nulle part. Les mouvements de la main droite et des doigts que seuls le pansement laisse libres, sont parfaitement conservés, ainsi que la sensibilité à ce niveau, il n'y a donc pas eu de lésions du plexus brachial.

A 5 heures, état général assez satisfaisant, mais le pouls est rapide, il bat à 120, les mouvements respiratoires sont fréquents et superficiels, la température est à 36°9.

A 8 heures du soir, le malade est assoupi, il ne se plaint pas, il a quelques mouvements désordonnés du bras et de la main droites.

A minuit, l'un des internes du service va voir l'opéré, il le trouve très lucide, mais faible, avec une respiration toujours superficielle et accélérée, un pouls à 144, une température à 37 degrés.

A partir de ce moment le malade s'affaiblit graduellement et meurt à 4 heures du matin.

L'autopsie n'a pas révélé la cause de la mort. Il n'y a aucune trace d'hémorragie pariétale et le médiastin est parfaitement sec. La plèvre droite présente quelques adhérences pulmonaires, qui expliquent que le pneumothorax se soit produit lentement et que le poumon ne se soit point complètement affaissé. Au sommet gauche, il y a une caverne tuberculeuse.

Les pneumogastriques sont intacts, il n'y a dans le médiastin, ni ganglions, ni traces de tissu néoplasique.

Messieurs, notre collègue a bien voulu me communiquer, depuis que vous m'avez chargé du rapport sur l'intéressante observation que vous venez d'entendre, quelques notes sur une deuxième intervention, faite dans les mêmes conditions, et pour une affection analogue, un cancer de la portion thoracique de l'œsophage.

Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans, boucher, dont la sténose cancéreuse commençait à 5 centimètres au-dessous du cartilage cricoïde et s'étendait, à peu près, jusqu'à la crosse de la veine azygos.

L'opération fut conduite selon les mêmes règles que chez le premier malade, mais elle présenta plus de difficultés. La première côte ne fut point réséquée, mais simplement sectionnée,

après que les 6e, 5e, 4e, 3e et 2e côtes, eurent été enlevées dans une étendue convenable. La plèvre vint se déchirer, pendant les manœuvres opératoires, sur la 6e côte, d'où un pneumothorax, qui bien qu'assez rapide, se fit sans alerte respiratoire. Le néoplasme adhérait fortement à la trachée et se déchira, de telle sorte qu'un petit fragment de tissu malade, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, resta fixé au conduit aérien, d'où il fut extirpé par la suite, de même que deux ganglions adhérents, sans dommage pour les voies respiratoires. La crosse de l'azygos ne gênant pas les manœuvres opératoires fut respectée, et notre collègue n'eut point à se préoccuper du pneumogastrique qu'il ne vit pas. Drainage médiastinal. La portion de l'œsophage enlevée mesure 8 centimètres, les limites du canal sont dépassées. L'opération avait duré une heure un quart, pas de choc post-opératoire.

A 3 heures de l'après-midi le malade est affaissé, son pansement est teinté de sang, et M. Faure, qui est près de son opéré, pensant qu'il pourrait y avoir une hémorragie dans le médiastin, administre au malade quelques gouttes de chloroforme, rouvre partiellement la plaie. Il n'y a pas trace d'écoulement sanguin. La brèche est vite refermée, mais le malade sort très affaibli de cette nouvelle intervention. Bref, il a succombé vingt-quatre heures après l'intervention, et l'autopsie a montré outre un pneumothorax droit généralisé, qu'il n'y avait pas eu d'hémorragie, que le néoplasme avait été complètement enlevé, qu'il ne restait pas de ganglions malades, que les pneumogastriques étaient intacts.

Dans le cœur droit, il y avait deux callots fibrineux.

Messieurs, si j'ai cru devoir vous donner quelques détails sur la seconde intervention de M. Faure, c'est que son malade a succombé de la même façon que le premier.

Après la réouverture de la plaie, le patient, je vous l'ai dit, était très affaibli.

A 6 heures du soir, le pouls est à 110, la température à 36°8, la gêne respiratoire est intense.

A 11 heures du soir, le malade paraît reposer, mais il ne dort pas, il se plaint que son pansement est trop serré. Temp. 36°8, pouls 120. Gêne extrême de la respiration.

A 8 heures du matin, respiration de plus en plus difficile, pouls presque imperceptible, impossible à compter.

Mort à midi.

Ainsi, les deux opérés ont succombé de la même manière, sans hémorragie, sans choc immédiat, avec une gêne respiratoire très grande et une accélération du pouls très marquée, sans élévation

de la température. Il ne saurait être, me semble-t-il, question de septicémie.

La gêne respiratoire s'explique par le pneumothorax. On a dit ici, avec beaucoup de raison, que l'entrée lente de l'air dans l'une des plèvres, n'amène pas de troubles graves du côté de la respiration, même chez un malade chloroformisé; cela est vrai, mais il n'en reste pas moins qu'elle supprime, en grande partie, la fonction pulmonaire du côté atteint. M. Faure pense que, même sans l'ouverture de l'une des plèvres, le drainage du médiastin postérieur, par un gros tube de caoutchouc, doit avoir une influence des plus nuisibles, sur la fonction respiratoire. A chaque inspiration, l'air passant par le drain, se précipite dans le médiastin, rétablissant ainsi l'équilibre entre la pression extérieure et la pression intra-thoracique et produisant, pour ainsi dire, une sorte de pneumothorax extra-pleural; il en résulte, que les poumons se dilatent avec moins d'énergie et que la quantité d'air qui pénètre dans les poumons se trouve diminuée de celle qui entre par le drain, dans le médiastin, d'où obstacle à l'hématose qui devient insuffisante.

Certainement aussi, ajoute Faure, la modification de la pression intra-thoracique, a une influence sur la circulation veineuse dont on connaît les rapports avec l'aspiration thoracique, d'où peut être la gêne circulatoire, l'accélération du pouls. La présence des caillots fibrineux, trouvés dans le cœur droit du second malade, caillots formés pendant la vie, témoignent des troubles de la circulation, consécutifs à ceux de la respiration.

Peut-être aussi les troubles respiratoires et circulatoires sont-ils dus, dans une certaine mesure, aux lésions des filets du pneumogastrique qui concourent, pour une large part, à la formation des plexus pulmonaires, et des rameaux cardiaques thoraciques de ce même nerf qui vont au plexus cardiaque.

Permettez-moi, Messieurs, après ce long exposé de l'opération, bien réellement nouvelle, pratiquée par M. Faure, pour enlever dans le thorax, l'œsophage cancéreux, de rappeler ce qui a été fait, depuis quelques années, pour aborder le médiastin postérieur.

Tout d'abord, je rapporterai une réflexion fort judicieuse du professeur Forgue, de Montpellier : « On tend (dit-il), à confondre, sous le nom de chirurgie intra-médiastinale, des interventions inégales et peu comparables. Autre chose est de pénétrer simplement dans le médiastin, de l'ouvrir pour en évacuer une collection purulente, autre chose d'y opérer avec précision, sur les organes y contenus, surtout sur l'œsophage. » (*Congrès français de chirurgie*, 1898).

Aussi, ne voulant pas abuser de votre patience, laisserai-je de côté, tout ce qui a trait à l'ouverture des abcès du médiastin postérieur, pour ne m'occuper, et très rapidement encore, que de ce qui a été fait pour aborder l'œsophage dans le médiastin postérieur. Je n'aurai, d'ailleurs, pour atteindre ce but, qu'à résumer un excellent article de M. Stoyanov, chirurgien des hôpitaux de Bulgarie, article paru dans la *Revue de chirurgie* de 1899, et à me servir des notes qui m'ont été obligeamment fournies par M. le Dr Lenormant, prosecteur distingué de la Faculté.

C'est incontestablement à Nassilov (1), de Saint-Pétersbourg, que revient l'idée d'ouvrir le médiastin postérieur pour intervenir sur l'œsophage thoracique. C'est en 1888, qu'il publia le résultat de ses recherches cadavériques, et proposa un manuel opératoire qu'il laissa à d'autres, le soin d'appliquer sur le vivant.

Puis viennent les travaux de Quénu et Hartmann, exposés en 1891 à la Société de chirurgie ; — ceux de J. Potarca qui en 1893, dans sa thèse soutenue à Bucharest, expose comme les précédents, ses recherches sur 12 cadavres et 5 chiens vivants ; le même auteur publie encore un nouveau travail, sur ce sujet, dans la *Roumanie médicale*, en 1895.

Kocher de Berne, en 1897, a enlevé, sur le cadavre, un cancer de l'œsophage, en suivant la voie (gauche) indiquée par Quénu et Hartmann.

Lévy, enfin, en 1898, dans les *Arch. für klinische Chirurgie*, écrit un mémoire de haute importance, intitulé : « Les interventions et les résections sur le tube digestif supérieur », mémoire qui comprend et des recherches cadavériques et des expériences sur les chiens. Tel est l'historique de la partie anatomique et expérimentale de la question qui nous occupe.

Voyons maintenant ce qui a été fait, sur l'homme vivant, pour atteindre l'œsophage thoracique cancéreux, rétréci, ou contenant un corps étranger.

Je n'ai pu réunir que quatre interventions : deux de Rehn (de Francfort-sur-le-Mein), rapportées le 16 avril 1898, au Congrès de la Société allemande de chirurgie, l'une pour un cancer, l'autre pour un rétrécissement, — une de Forgue (de Montpellier), où il s'agit de la recherche d'un corps étranger (un sou) arrêté dans l'œsophage, au niveau du quatrième espace intercostal droit (*Congrès français de chirurgie*, 1898), une enfin de Llobet, chirurgien à Buenos-Ayres, où il s'agit de deux rétrécissements cicatriciels voisins l'un de l'autre (le premier à 22 centimètres, le second

(1) Nassilov. *Œsophagotomia et resectio œsophagi endothoracica. Vratch*, nº 23, vol. IX, Saint-Pétersbourg, 1888.

à 25 centimètres des arcades dentaires) (*Revue de chirurgie*, p. 674, numéro du 10 novembre 1900).

Dans ces quatre cas on a pu aborber l'œsophage.

Dans celui de Forgue, il ne put être incisé, il était trop profond, le sou ne put être extrait. Il le fut quelques jours après avec le panier de Græfe, nul doute qu'il aurait pu l'être, par la voie médiastinale, si la première côte avait été réséquée. (Forgue a passé à droite).

Dans les trois autres interventions, les deux de Rehn (voie droite) et celle de Llobet (voie gauche), l'œsophage put être, non seulement abordé, mais incisé.

Dans les deux cas de Rehn, la plèvre fut blessée.

Cette blessure de la plèvre m'amène à dire quelques mots du côté thoracique, droit ou gauche, qu'on doit choisir pour aborder l'œsophage.

Les chirurgiens ne sont pas d'accord sur ce point : Rehn, Potarca, Faure, recommandent le côté droit pour éviter la crosse de l'aorte, les autres Quénu et Hartmann, Forgue, rejettent le côté droit, à cause de la disposition spéciale en ce point, de la plèvre, par rapport à l'œsophage.

« Nous avons acquis la conviction, dit Potarca, qu'aborder l'œsophage par le côté gauche du thorax, était chose impraticable, tant à cause des nombreux vaisseaux qui barrent le chemin, qu'à cause de l'aorte qui s'adosse plus ou moins intimement à la plèvre médiastine gauche. »

Quénu et Hartmann, disent de leur côté « l'expérience nous a clairement appris, qu'il est beaucoup plus facile d'aborder le médiastin postérieur, par le côté gauche que par le côté droit, et cela, en dépit de la présence de l'aorte ».

Pour les chirurgiens qui préfèrent le côté gauche, ce qui barre la route, à droite, c'est la plèvre.

Tandis que la plèvre gauche, ne décrit qu'un très léger coude entre la colonne vertébrale et l'aorte, au niveau de la 4e vertèbre dorsale et de la cinquième, pour passer au niveau et au-dessous de cette dernière, sur le flanc externe de l'aorte, où elle se continue avec la plèvre médiastine « la plèvre droite s'invagine entre le plan vertébral et l'œsophage et se repliant sur elle-même, constitue un cul-de-sac rétro-œsophagien d'une profondeur qui croît jusqu'à la dixième dorsale et finit, en bas, par dépasser l'œsophage en se rapprochant de la plèvre gauche ». (Forgue). Cette disposition est figurée dans l'*Atlas d'Anatomie* de *Braune* (Leipzig 1887), par Hartmann (*Traité de Chirurgie*) et par Potarca lui-même. Mais en examinant les coupes de Potarca dont le dessin est reproduit dans la thèse de Bourienne. (L'œsophagotomie par

la voie thoracique postérieure. Thèse Paris 15 février 1899), il est facile de voir que, le cul-de-sac rétro-œsophagien de la plèvre droite, est peu prononcé, au niveau des 4e et 5e vertèbres dorsales, qu'il ne s'accuse véritablement qu'au niveau des 6e, 7e et ne devient très profond qu'au niveau des 8e, 9e et 10 vertèbres dorsales ; aussi, n'est-ce que pour l'espace compris entre les 6e et 10e dorsales qu'on pourrait dire avec Forgue que : « Le doigt n'opère point à droite, avec commodité, le décollement du repli rétro-œsophagien, véritable séreuse de glissement, insinuée à la face postérieure du conduit et y adhérant par son feuillet viscéral, que par contre, grâce à la présence du ligament de Morosoff, lame cellulaire et élastique, tendue entre les deux plèvres, et dont l'existence nous paraît moins inconstante que ne le juge Potarca, le doigt, suivant l'espace décollable, file en arrière de l'œsophage et de son cul-de-sac séreux, vers la face antérieure des corps vertébraux et vers l'aorte. » Ainsi s'exprime Forgue, partisan de la voie gauche, et il combat Potarca qui affirme que « le coude rétro-œsophagien est faiblement uni aux parois du conduit et que, dès que la plèvre costo-vertébrale, est détachée, il glisse en dehors sans se rompre, sous la plus faible pression du bout du doigt ». Pour nous, comme pour Faure, c'est Potarca qui est dans le vrai, le cul-de-sac rétro-œsophagien droit n'a point du tout gêné les maneuvres de l'opérateur, là où il agissait, et il lui a paru, le néoplasme enlevé, que l'œsophage pourrait être lié au-dessus du diaphragme, sans que la disposition de la plèvre s'y opposat.

D'autres opérateurs sont éclectiques. Nassilov a dit le premier, que si l'on veut agir sur la partie supérieure de la portion thoracique de l'œsophage, dans *sa portion sus-aortique*, c'est à gauche qu'il faut passer. Von Hacker (Handbuch der pratischen Chirurgie de Bergmann, Bruns et Mickuliz) partage cette opinion, également défendue par Bryant (Transactions of the American surgical Association 1895) et par Llobet (Revue de Chirurgie 1900).

Je me demande avec Faure, si, en agissant ainsi, on ne s'exposerait pas, dans certains cas difficiles, tout au moins, à la blessure du canal thoracique.

Je n'insisterai pas sur la façon dont doit être conduite l'incision des parties molles pour atteindre l'œsophage. Si, quelques chirurgiens, Nassilow et Llobet, Rehn, préconisent un volet cutanéo-musculaire, à base interne, répondant à la colonne vertébrale, d'autres opérateurs, aussi bien sur le cadavre que sur le vivant (Quénu et Hartmann, Potarca, Faure), sont d'accord pour recommander une incision longitudinale, parallèle au rachis, faite entre le bord spinal de l'omoplate et la colonne vértébrale, à quatre travers de doigt en dehors de la ligne épineuse, au niveau de

l'angle des côtes. Cette incision comprend d'emblée la peau et le trapèze; le rhomboïde est sectionné dans un second temps, de même le grand dorsal et le petit dentelé postérieur et inférieur, si l'on opère bas. La longueur de l'incision varie, naturellement, avec le nombre de côtes qu'on se propose de réséquer, et son siège, en hauteur, avec le point présumé de l'obstacle œsophagien. Je ne parle pas, ici, de l'opération de Faure, qui pose en principe la section de la première côte, et qui a, dans ses deux opérations, réséqué les six premiers arcs costaux.

Les côtes, dénudées de leur périoste, ce qui est un peu pénible au niveau et en dedans de l'angle, sur leur face externe, ont été sectionnées immédiatement en dehors des apophyses transverses, et sur une longueur variable avec les opérateurs : 2 centimètres (Quénu et Hartmann); 3 centimètres (Potarca); 10 centimètres (Kocher); 6 centimètres (Rehn).

Heidenhain (*Arch. f. klin. Chir.*, LIX) veut, contrairement aux chirurgiens précédents, entrer dans le médiastin postérieur par une incision juxta-médiane, et résèque, aussitôt, une ou plusieurs apophyses transverses avec le morceau correspondant des côtes. L'ablation d'une seule apophyse transverse suffirait déjà, chez l'adulte, pour donner libre accès dans le médiastin. En écartant les parties molles, le long des faces latérale et antérieure du rachis, on n'a pas à craindre la blessure de la plèvre (Kocher, *Chirurgische Operationlehre*, 4e édit., p. 264-1902). Si cette dernière assertion est vraie, il y a lieu de se demander s'il n'y aurait pas avantage à adopter la résection des apophyses transverses, car l'ouverture de la plèvre est difficile à éviter, puisque, quatre fois sur six (en y comprenant les deux cas de Faure), elle a été blessée sur le vivant.

Quand les côtes dépériostées ont été réséquées, il faut, pour atteindre la plèvre, couper les artères intercostales. Elles ne saignent pas. Dans les deux cas de Faure, bien qu'il y en eût six sectionnées chaque fois, une seule d'entre elles a dû être liée. Ce fait a frappé mon maître et ami, M. G. Marchant, dans un cas où il ouvrit largement le médiastin postérieur pour un abcès froid.

Voyons maintenant comment on doit traiter l'œsophage cancéreux une fois découvert.

Si le néoplasme adhère fortement aux organes voisins, on devra le laisser en place. S'il peut être enlevé, pour peu que la résection soit étendue, il ne saurait être question de suturer les deux bouts, ni de les aboucher à la plaie para-vertébrale, car, il ne faut pas oublier que l'œsophage est à une profondeur considérable, qu'il est séparé de la peau par un intervalle d'au moins 10 centimètres.

Le bout supérieur de l'œsophage, quand il s'agit d'un cancer de la portion thoracique, devra être abouché au cou, ce que permet aisément l'incision cervicale de Faure.

Quant au bout inférieur, on peut le drainer par un tube qui sert à l'alimentation, comme l'a fait Rehn, mais je ne vois pas l'utilité de cette manœuvre, toute œsophagectomie ne devant être faite qu'après une gastrostomie préalable. Ce bout inférieur, même réséqué sur une petite étendue, ne saurait être, au moins sur le vivant, abouché à la plaie du dos ; il est, nous l'avons dit, trop profond, et la seule ressource est de l'abandonner dans le médiastin postérieur après ligature, de façon à bien fermer l'estomac.

Je ne dirais rien de la suture des deux bouts qui ne peut être faite dans le cas qui nous occupe, si des expériences de Lévy (*Arch. für klinische Chirurgie*, 1898) ne montraient qu'elle ne saurait être tentée avec succès, même sans résection de l'œsophage. Dans une série de quinze opérations, sur le chien, quatorze opérés guérirent des interventions faites sur l'œsophage; un seul a succombé, et de mort subite. Mais ce que l'auteur met en lumière, c'est l'échec constant des sutures circulaires, et même des sutures longitudinales, échec qu'il attribue à la mauvaise vascularisation des tuniques du conduit œsophagien.

Les expériences de Lévy ont encore un mérite : celui de montrer l'innocuité relative des interventions faites sur l'œsophage des animaux par la voie médiastinale postérieure; il est vrai qu'il s'agit là d'animaux sains, dont la résistance est autrement grande que celle des cancéreux de l'œsophage, affaiblis par l'inanition et l'infection.

Autre fait à noter, c'est que malgré l'échec des sutures, les chiens ne succombent que très rarement à une suppuration du médiastin postérieur.

J'en ai fini, Messieurs, avec les quelques considérations que je voulais vous présenter au sujet des interventions faites sur l'œsophage par le médiastin postérieur: je ne vous signale que pour mémoire l'opération de Milton (1), du Caire, qui, après avoir fendu longitudinalement le sternum pour exposer le médiastin antérieur, affirme que l'exploration du médiastin postérieur est facile par cette voie, en passant entre la plèvre droite et le péricarde, et qu'on pourra faire tout ce qu'on voudra sur l'œsophage, le canal thoracique, etc.

De tout ce que je viens de dire, il résulte clairement, me semble-t-il, que c'est à notre collègue Faure que revient l'honneur d'avoir, le premier, exécuté sur le vivant, la résection de l'œso-

(1) Milton. *Mediastinal Surgery*, in *The Lancet*. Londres 1897, p. 872 à 875.

phage thoracique cancéreux, résection qui avait été déclarée possible par quelques-uns, à la suite de recherches cadavériques et sur le chien, mais que nul n'avait osé entreprendre sur le vivant.

L'opération de Rehn, la seule faite pour cancer de l'œsophage, sur le vivant, ne ressemble en rien à celle de notre collègue. Le chirurgien allemand ne semble pas avoir pensé un instant, à enlever le néoplasme œsophagien, pour lequel il est intervenu, puisqu'il dit textuellement qu'il n'avait eu qu'un but : celui d'empêcher l'écoulement des produits septiques d'un cancer œsophagien ulcéré, dans l'estomac, par la ligature du bout inférieur et son drainage par l'extérieur.

C'est à la combinaison d'une incision thoracique postérieure, permettant de réséquer toutes les côtes supérieures (les six premières), avec une incision cervicale qui rend possible le dégagement de la partie supérieure de l'œsophage thoracique, que notre collègue a pu mener à bonne fin sa brillante intervention, et je ne saurais, en terminant, trop insister sur ce point, que tant qu'il reste à la partie supérieure du thorax une côte non sectionnée, il est impossible de faire dans le médiastin postérieur une intervention et même une exploration méthodique.

Je ne sais quel avenir est réservé à l'extirpation de l'œsophage thoracique cancéreux, je le crois médiocre : mais à supposer que l'opération proposée et bien réglée par Faure, ne trouve pas d'adeptes, il n'en restera pas moins que notre collègue nous aura montré toute l'importance de la section des cinq ou six premières côtes, et en particulier de la première, pour avoir un jour suffisant dans le médiastin postérieur, et je crois que cette technique opératoire rendra les plus grands services dans les cas de corps étranger de l'œsophage ou des bronches dont l'extraction, par les voies naturelles, n'aura pu être faite.

Messieurs, je vous propose de remercier M. Faure de nous avoir communiqué sa remarquable observation qui, avec d'autres faits nombreux et fort intéressants qu'il a apportés à notre Société, lui constitue des titres tels que je suis convaincu que vous l'inscrirez, dans le meilleur rang, sur la liste des candidats, lorsqu'une place de membre titulaire sera déclarée vacante.

Présentations de malades.

Amputation ostéoplastique.

M. Kirmisson. — Je n'attache pas grande importance aux amputations ostéoplastiques, car les opérés de ce genre que j'ai vus à la consultation d'orthopédie de l'Hôtel-Dieu ne me paraissent pas en avoir tiré grand bénéfice. J'en ai même vu chez lesquels des productions osseuses exubérantes étaient plutôt nuisibles : ainsi chez un malade de M. Bazy, à qui j'en ai parlé.

Voici aujourd'hui un amputé de jambe de M. Delbet. Le moignon est très beau et pendant deux ans a permis l'appui pour la marche. Mais en 1900 il a été atteint d'un hygroma devenu fistuleux, et il exige un appareil exactement semblable à celui d'une amputation ordinaire, car il ne peut supporter le poids du corps. L'amputation ostéoplastique n'a procuré aucun bénéfice au malade.

Prothèse de la mâchoire inférieure.

M. A. Mignon. — J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de M. le Dr Frey, professeur à l'Ecole dentaire, et au mien, un malade de mon service auquel M. Frey a fait une restauration partielle de la mâchoire inférieure.

Le blessé est un légionnaire âgé de trente ans qui eut la moitié droite du maxillaire inférieur fracassée au Tonkin, le 10 mai 1901, par un coup de feu. La suppuration amena l'élimination de nombreux séquestres.

Je reçus le blessé au Val-de-Grâce le 12 novembre 1901, c'est-à-dire six mois après le traumatisme. Il était très défiguré : la joue droite était tuméfiée, probablement par gêne circulatoire, la bouche était déviée en haut et à droite, et la moitié inférieure droite de la face n'étant plus soutenue par l'arc du maxillaire était affaissée et se confondait avec le cou. On voyait à la place qu'aurait dû occuper le bord du maxillaire intérieur une longue cicatrice horizontale, fistuleuse en deux points, et qui s'étendait de la ligne médiane du menton au bord antérieur du sterno-mastoïdien.

Les fonctions de la bouche étaient très compromises : pas de mastication, parole embarrassée et comme empâtée, projection impossible de la langue hors des lèvres. Du côté du squelette, on constatait la disparition de toute la moitié horizontale droite du maxillaire inférieur. Il ne restait du maxillaire que la branche montante droite et la

moitié gauche jusqu'à la canine. Les deux parties conservées s'étaient rapprochées l'une de l'autre. La branche verticale droite était inclinée en dedans et la moitié gauche barrait transversalement la cavité buccale, de façon que la canine inférieure *gauche* venait au contact de la première grosse molaire supérieure *droite.* Le plancher de la bouche était assez souple, sauf près de la ligne médiane, où il était infiltré de tissu cicatriciel.

Le traitement de ce blessé devait consister à ramener les dents de la moitié gauche du maxillaire inférieur en correspondance avec celles du maxillaire supérieur et à remplacer la perte de la moitié droite du maxillaire inférieur par un appareil prothétique.

Vous savez les difficultés de pareilles restaurations. On a beaucoup de peine à lutter contre les rétractions cicatricielles du plancher de la bouche et le blessé est souvent exposé à la septicémie.

Je fis appel à M. Frey qui m'avait déjà prêté son concours dans une circonstance un peu plus grave, et il fut décidé que je faciliterais à notre confrère le moyen d'introduire une pièce prothétique provisoire entre les deux fragments du maxillaire inférieur et que le premier appareil serait remplacé par un second appareil définitif après la complète réparation des parties molles.

Le plan thérapeutique s'est réalisé, mais je voudrais vous dire à quel prix.

Le 8 janvier 1902, j'ouvris largement la cavité buccale par une incision dans le trajet de la cicatrice faciale et je libérai les deux fragments du maxillaire inférieur jusqu'à ce que la branche montante droite devînt verticale et que la correspondance des dents inférieures et supérieures gauches fût établie.

M. Frey introduisit par l'hiatus sus-hyoïdien son appareil de prothèse immédiat construit d'après les procédés du Dr Martin (de Lyon) et le fixa par des lames d'acier et quatre vis aux deux segments du squelette. Je ramenai les parties molles par-dessus cet appareil, après les avoir largement libérées pour éviter leur tiraillement.

Au bout de dix jours, nous observons un premier accident. Les vis qui réunissent l'appareil à la branche gauche horizontale du maxillaire inférieur ne tiennent plus et le bout de l'appareil se luxe en avant; il vient déchirer la muqueuse labiale et déterminer un abcès du menton.

Force est d'enlever l'appareil et de le remplacer par un autre capable de se maintenir entre les fragments osseux sans le secours de vis. Le nouvel appareil de M. Frey comporte deux mortaises : une postérieure pour la branche montante, une antérieure pour la branche horizontale. A cette dernière était joint un prolongement en or qui enserrait les collets de la canine, des prémolaires et de la première grosse molaire inférieures gauches.

Nouvel échec : les mouvements de la mâchoire expulsent la pièce prothétique et la déviation des fragments ramène l'ulcération de la muqueuse labiale.

En avril, M. Frey s'ingénie de ramener à sa position normale le

fragment gauche du maxillaire inférieur à l'aide d'une traction continue faite par un caoutchouc allant du fragment du maxillaire inférieur à une attelle latérale gauche de la tête. Cette traction continue a donné un résultat satisfaisant et le fragment maxillaire s'est laissé mobiliser et remettre en bonne position.

Au commencement de juillet, nous nous préparions à poser l'appareil définitif lorsque le blessé, malgré les lavages fréquents de la bouche fut pris d'une broncho-pneumonie septique avec pleurésie purulente droite. L'infection fut telle, chez ce sujet épuisé par une alimentation insuffisante et une suppuration prolongée de la cavité buccale, que je crus pendant une semaine qu'il succomberait.

De juillet à septembre, toute intervention fut abandonnée; et quand les forces du malade furent suffisamment revenues pour autoriser la reprise de la prothèse, la déviation du fragment gauche du maxillaire inférieur s'était reproduite. Il fallut encore un mois de tractions continues pour permettre la pose de l'appareil prothétique définitif.

Aujourd'hui cet appareil est enfin en place. Il comprend essentiellement une pièce en caoutchouc durci surmontée de dents, qui remplace la moitié droite enlevée du maxillaire inférieur. La pièce est fixée par un arc métallique aux dents restantes de la moitié gauche du maxillaire inférieur. Elle s'articule à droite par un ressort puissant en or, avec un appareil supérieur en caoutchouc noir moulé sur la voûte palatine et maintenu en place lui-même par des crochets et une dent artificielle qui remplace l'incisive latérale droite absente. De plus, pour s'opposer à la tendance du déplacement du maxillaire inférieur vers la droite, M. Frey a fixé, à l'extrémité postérieure de l'arc métallique inférieur, une attelle en or qui s'applique sur la face externe d'une autre attelle fixée à la pièce du maxillaire supérieur, et qui lui sert de buttoir.

Vous pouvez voir sur le moulage de la bouche de notre blessé, que la correspondance des dents inférieures et supérieures est aujourd'hui parfaite. Les articulations temporo-maxillaires fonctionnent assez bien pour que l'écart des deux maxillaires soit à peu près d'un doigt sur la ligne médiane. La mastication est assez bonne et n'est gênée que par l'insuffisance de l'écartement des mâchoires. La parole est redevenue normale, sauf les jours de grand froid où toute la partie inférieure de la face semble immobilisée. Au point de vue esthétique, le résultat de notre opération est satisfaisant : la face est symétrique, malgré un léger affaissement de sa partie inférieure droite. La bouche est horizontale, le menton un peu pointu. L'œdème de la joue a disparu.

Mais le maintien en place de l'appareil prothétique est indispensable pour assurer la correspondance des dents. Dès que l'appareil est retiré, la portion restante du maxillaire inférieur se porte vers la ligne médiane.

En somme, il nous a fallu un an pour aboutir à un résultat

avantageux, et le blessé a traversé des crises qui auraient découragé bien des malades, et peut-être bien des chirurgiens dentistes.

M. Pierre Sebileau. — L'appareil que nous montre notre collègue M. Mignon est ingénieux ; l'on peut dire qu'il a été assez bien conçu et exécuté par M. Frey pour remplir à peu près les indications auxquelles il devait répondre, dans l'esprit de son auteur. Ce cas particulier est, du reste, assez difficile. Je remarque cependant deux choses, et je prie MM. Mignon et Frey de ne pas voir là une critique de leur procédé : la première, c'est que l'appareil n'a pas de fixité, qu'il se déplace facilement et que le malade déclare ne pouvoir, pour ainsi dire, pas mastiquer ; la seconde, c'est que l'articulation dentaire n'est pas parfaite. Je vois bien qu'elle se fait très correctement, cette articulation, sur le moule en plâtre que nous présente notre collègue M. Mignon ; mais, en fait, elle est différente chez le malade. On se rend bien compte qu'en prenant l'empreinte de cire dans laquelle a été coulé le plâtre, on a réalisé, par la pression nécessairement exercée sur le porte-empreinte, le léger redressement nécessaire à la correction de l'articulation défectueuse.

Mais, en fait, tel qu'il est, le résultat est satisfaisant, esthétiquement tout au moins.

Je remarquais tout à l'heure que l'appareil n'avait pas de stabilité ; c'est, en effet, je crois, son grand défaut ; il oscille. M. Mignon nous disait que toutes les tentatives que M. Frey avait faites pour fixer la pièce sur les deux fragments de la mâchoire étaient restées infructueuses et que les vis, en particulier, n'avaient pas trouvé prise. Je n'en suis pas autrement étonné.

Il est cependant possible d'assurer la solide contention d'un appareil de restauration sur les fragments de la mâchoire dont il comble le vide. Je vous présenterai, dans une de nos prochaines séances, une malade chez laquelle cette contention est si parfaitement réalisée qu'on peut dire que l'os et la pièce artificielle ne font qu'un bloc. J'ai pratiqué, sur cette malade, une résection partielle de la portion horizontale de la mâchoire inférieure. atteinte d'une grosse épulis récidivante qui avait envahi le corps de l'os. M. Delair, dont je vous ai montré, il y a quelques mois, un très bel appareil, voulut bien se charger d'exécuter la prothèse immédiate. Il exécuta, en porcelaine, un « morceau de mâchoire », calculé, quant à la morphologie et aux dimensions, sur le segment que je devais réséquer, et cette pièce fut fixée de la manière suivante. En arrière, elle portait un goujon qu'on

enfonça dans le corps du fragment postérieur et, en avant, elle fut adaptée, contre le fragment antérieur, par une attelle métallique appliquée sur la face externe de celui-ci et y maintenue par des vis à tête arrondie très solidement implantées.

Je dirai, quand je présenterai ma malade, quel sont à mon avis les avantages de l'appareil en porcelaine qu'à imaginé M. Delair et qui n'a jamais été appliqué que sur ma patiente.

M. Michaux. — Je crois que ces appareils prothétiques, qui constituent le traitement de choix de toutes les fractures du maxillaire inférieur, doivent être appliqués très rapidement après l'accident, si on veut arriver à corriger facilement et définitivement le défaut de concordance des deux fragments du maxillaire. Cette correction est extrêmement facile au début; elle présente plus tard les plus grandes difficultés, ainsi que j'ai pu m'en rendre compte dans les deux cas que j'ai eu à traiter, avec le concours de M. le Dr Roy, dentiste de l'hôpital Broussais.

Quant à l'observation faite par M. Sébileau, je puis la confirmer par un fait intéressant de prothèse immédiate de la moitié gauche du maxillaire, par le procédé de Martin de Lyon.

La moitié prothétique du maxillaire en caoutchouc durci a été fixée par des plaques vissées à la moitié osseuse, et, pendant le temps qu'il n'y a pas eu de récidive du cancer, ces vis ont parfaitement tenu.

Hydrocèles dites simples contenant des bacilles de la tuberculose (décelés par la méthode de Jousset).

M. Tuffier. — La nature de l'hydrocèle *simple* est encore très obscure, et nous devons avouer notre ignorance de sa pathogénie dans un grand nombre de cas. Les examens bactériologiques et la cytologie n'ont donné que des résultats négatifs, et toutes les recherches qui avaient été faites dans mon laboratoire depuis bien des années ne nous ont rien révélé. Lorsque M. Jousset, chef de laboratoire de M. le professeur Debove eut publié sa technique, permettant de décéler le bacille de la tuberculose dans les liquides regardés jusqu'alors comme stériles, je profitai de notre voisinage à Beaujon, pour prier l'auteur de la méthode d'examiner à cet égard le liquide de l'hydrocèle dite simple. Le hasard avait conduit dans nos salles deux malades que je vais vous montrer, et qui portaient l'épanchement vaginal typique, *l'hydrocèle vulgaire*, sans traces de lésions testiculaires, génitales ou générales tuber-

culeuses. Il s'agissait de l'hydrocèle que nous injectons à la teinture d'iode, que nous réséquons ou que nous retournons, selon nos préférences opératoires, mais que nous n'imputons jamais à la tuberçulose.

Voici les deux observations recueillies par M. Saissi, externe du service :

Obs. I. — Le nommé P. C..., breton, exerçant la profession de terrassier, entre à l'hôpital Beaujon le 14 janvier 1903, salle Malgaigne n° 8, pour une hernie inguinale gauche et une hydrocèle du même côté. — Père mort à soixante-six ans, asthmatique. Mère morte à soixante-dix-sept ans. Le malade a une sœur qui souffre d'asthme. Lui-même est âgé de trente-trois ans. Il a deux enfants bien portants, l'un de quatre ans, l'autre de six mois. Aucun antécédent génital. Le malade n'a jamais uriné de sang. Il se lève la nuit une fois pour uriner, mais très rarement. Ses urines sont normales.

On trouve une hydrocèle gauche classique, du volume d'une grosse orange, transparente, sans altération épididymaire appréciable. Elle est surmontée d'une hernie inguinale funiculaire entéro-épiploïque réductible. Le début remonte au mois d'août 1902; son évolution a été progressive. Le testicule droit est tout à fait normal ainsi que le cordon des deux côtés. Au toucher rectal, on constate : une prostate normale sans aucun noyau d'induration; les vésicules séminales sont saines. L'exploration des reins ne révèle rien. A l'auscultation, rien. Le malade présente un état général parfait.

Le 11 janvier, cocaïnisation lombaire, retournement de la vaginale; le testicule et l'épididyme paraissent absolument sains et sans la moindre nodosité au voisinage de la tête. Cure radicale de la hernie inguinale.

Au moment où l'on ouvre la tunique vaginale, M. Jousset recueille le liquide citrin contenu dans la séreuse; ce liquide est le liquide typique de l'hydrocèle simple.

Obs. II. — Le nommé B... F., âgé de cinquante-six ans, mécanicien, entre à l'hôpital Beaujon le 21 janvier 1903 pour une hydrocèle du côté droit, salle Malgaigne, n° 1.

Père et mère morts l'un à soixante-dix-sept ans, l'autre à soixante-quatorze ans. Frères et sœurs bien portants; leurs enfants sont en parfaite santé. On relève dans les antécédents du malade une uréthrite blennorragique qu'il prit en 1870, étant soldat. Durée : un mois environ. Jamais d'orchite. Le malade n'a jamais uriné de sang. Il se lève une ou deux fois la nuit pour uriner. Ses urines sont normales. L'état général est parfait.

Le scrotum du côté droit a commencé à augmenter de volume il y a dix-huit mois, sans aucune cause appréciable, sans traumatisme et sans douleur; l'évolution a été progressive. Le malade entre à l'hôpital parce qu'il est gêné par le volume de la tumeur. Celle-ci présente tuellement le volume d' un gros cron; elle est dure, fluctuante,

transparente, indolore; le testicule est en bas et en arrière; l'épididyme ne paraît pas volumineux. Le testicule gauche est normal. Le cordon, des deux côtés, est sain. Le toucher rectal montre une prostate du volume habituel à cet âge; mais on n'y trouve aucun noyau d'induration. Les vésicules séminales sont saines. L'exploration des reins ne révèle rien. A l'auscultation, rien. Le malade ne s'enrhume jamais, ne tousse pas, ne crache pas.

Le 22 janvier, M. Jousset ponctionne la vaginale, après avoir préalablement cautérisé au thermocautère la peau au point même où la ponction devait être faite. Cette précaution était utile pour éviter une cause d'erreur bien peu probable : la présence à ce niveau de bacilles du smegma préputial, bacilles qui sont semblables à ceux de la tuberculose. Extraction de 50 grammes de liquide citrin. Le lendemain, je fais, sous cocaïnisation locale, le retournement de la vaginale. Au moment où j'ouvre la vaginale, M. Jousset recueille les quelques grammes de liquide qui restaient dans la séreuse, et les inocule à un cobaye. Au cours de l'opération, je constate une légère vascularisation de l'épididyme, mais aucune altération testiculaire ou épididymaire.

Examen des deux hydrocèles, par M. Jousset, chef de Laboratoire du professeur Debove.

Les liquides ont été *inoscopés*, c'est-à-dire examinés après coagulation artificielle provoquée par addition fibrinogène. Cette manœuvre était indispensable puisque les liquides d'hydrocèle ne coagulent généralement pas, (c'était ici le cas). Le caillot a été ensuite redissous suivant la technique que j'ai indiquée. (*Semaine médicale*, 21 janvier 1903.)

Pour le malade de l'observation I, l'examen a porté sur 100 grammes de liquide; j'y ai trouvé de *rares* bacilles.

Pour le malade de l'observation II, l'examen pratiqué sur 40 grammes de liquide, y a montré de *très nombreux bacilles tuberculeux*.

Ces deux observations n'ont d'autre but que d'appeler l'attention de nos collègues sur la présence possible de bacilles tuberculeux dans l'*hydrocèle cliniquement simple et vulgaire*. Les observations qui, je l'espère vont suivre cette présentation, nous montreront quelle est la fréquence de ces cas, dans quelle proportion cette bacillose peut se rencontrer. Nous saurons s'il n'y a pas lieu, comme je le crois, de rayer du cadre de l'hydrocèle simple nombre de faits au profit du champ déjà si vaste de la tuberculose des séreuses.

Vaste tumeur gazeuse du cou et du médiastin.

M. PIERRE SEBILEAU. — La jeune enfant que voici et que j'ai opérée récemment m'a été adressée par le Dr Soulié. C'est une petite fille âgée de deux ans, de caractère difficile, qui pleure et crie beaucoup.

Depuis six mois, elle portait une tumeur du cou dont le volume ne cessait de s'accroître; je la fis entrer dans mon service; voici dans quel état :

La tumeur se présente sous la forme d'une tuméfaction diffuse gonflant la région cervicale dans presque toute l'étendue verticale du cou, depuis la clavicule jusque près de la mâchoire, soulevant le sterno-mastoïdien et s'infiltrant sous le trapèze, gagnant en avant les confins de l'appareil laryngo-trachéal, s'enfonçant en bas dans le creux sus-claviculaire et paraissant se perdre dans les profondeurs de celui-ci.

Cette tuméfaction est à peine apparente à l'état de repos, mais elle grossit considérablement dès que l'enfant crie, et déforme le cou. A ce moment apparaissent, se détachant sur le gonflement général, deux tumeurs circonscrites, situées toutes les deux au niveau du bord postérieur du sterno-mastoïdien, l'une au-dessus de l'autre; la supérieure est grosse environ comme une petite mandarine, l'inférieure comme une petite noix. Ces deux tumeurs sont tout à fait superficielles, situées sous la peau, très mince, du cou; sur elles et autour d'elles, de nombreuses petites veines serpentent, si bien qu'au premier aspect on les prendrait l'une et l'autre pour des angiomes. Elles ne se développent que dans l'expiration forte; pendant l'inspiration, non seulement elles s'affaissent, mais encore, à leur niveau, la peau s'enfonce, comme attirée dans le creux sus-claviculaire; à ce moment, les veines turgescentes s'effacent. Ces tumeurs ne sont pas fluctuantes; elles sont nettement sonores à la percussion. Elles sont reliées à la masse principale qui déforme le cou par une sorte de pédicule qui échappe à la palpation, mais qui traverse une boutonnière musculaire du sterno-mastoïdien à bords rigides, très facile à explorer.

Il s'agit donc là d'une vaste tumeur gazeuse du cou qui a éraillé le sterno-mastoïdien en deux points et s'est extériorisée sous la forme de deux tumeurs superficielles assez adhérentes aux téguments du cou pour que ceux-ci, dans les inspirations fortes, soient comme avalés dans la profondeur du creux sous-claviculaire.

Aucun autre symptôme fonctionnel qu'une toux quinteuse, paroxystique qui survient quand l'enfant s'excite ou se met en colère.

J'opérai l'enfant après l'avoir laissée quelques jours en observation.

Je pratiquai une incision verticale le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien et j'ouvris ainsi, après section de la jugulaire externe, les deux tumeurs superficielles. Elles étaient formées chacune par une poche si mince et si adhérente à la peau et aux fibres du sterno-mas-

toïdien que la dissection m'en fut tout à fait impossible; je ne pus qu'en dilacérer les parois et la décortication ne se fit que par fragments; elle fut certainement incomplète. Au milieu des fibres du sterno-mastoïdien, tout près du bord postérieur du muscle, un petit orifice à bords indurés, du calibre d'un crayon usuel, faisait communiquer les deux poches sous-cutanées avec une grande cavité profonde que je mis largement à jour en déchirant les tissus avec la sonde cannelée. Avant cela, je pus me rendre compte que, pendant l'inspiration, les deux lèvres de la boutonnière musculaire s'accolaient en produisant un petit bruit de clapet, et se séparaient, au contraire, dans l'expiration.

Examinant la cavité mise à découvert par la brèche du sterno-mastoïdien, je constatai qu'elle descendait jusqu'à la clavicule, remontait jusqu'au-dessus de l'os hyoïde, s'étendait en dedans jusqu'à la paroi trachéale et, en arrière, reposait sur les muscles prévertébraux. Elle s'étalait en avant du paquet vasculo-nerveux qu'elle entourait en se réfléchissant sur lui, si bien que celui-ci faisait saillie dans la poche.

En bas, au droit de la clavicule, la paroi antérieure et la paroi postérieure semblaient s'accoler pour fermer la cavité, mais il n'en était rien. En fait, cette apparence venait de ce que la paroi postérieure, repoussée en avant par les vaisseaux sous-claviers qui faisaient, comme la carotide et la jugulaire, saillie dans la cavité, venait se mettre au contact de la paroi antérieure. Mais en les séparant l'une de l'autre, je pus constater que la tumeur aérienne s'enfonçait profondément dans le médiastin où elle formait une vaste cavité dont il fut assez facile d'étudier les rapports par une exploration attentive. En dehors, la poche tapissait la face interne du poumon; en dedans, elle s'étendait jusqu'à la trachée, et le doigt sentait battre les gros vaisseaux qui l'en séparaient; en bas, elle s'étalait sur le bord supérieur du pédicule pulmonaire et l'on percevait, à travers la paroi, la rondeur cartilagineuse de la bronche.

J'étudiai comment la respiration influençait la cavité cervicale et la cavité médiastinale de cette vaste tumeur gazeuse du cou. J'ai déjà dit comment l'inspiration agissait sur la première, puisqu'elle produisait comme un « avalement de la peau du cou »; an niveau de cette espèce de barrage formé entre les deux cavités par la sous-clavière en saillie, l'action respiratoire était la même, c'est-à-dire qu'au moment de l'inspiration, l'on voyait les deux parois se mettre en contact et s'accoler en produisant comme un bruit de soupape humide. L'influence des deux temps de la fonction pulmonaire s'exerçait d'une manière tout à fait opposée sur la poche médiastinale. Celle-ci, pendant l'inspiration se dilatait d'une manière évidente, fixée par ses adhérences et entraînée par l'expansion thoracique. Cette dilatation se produisait aux dépens de la paroi antérieure et de la paroi postéro-interne; la paroi externe, pulmonaire, paraissait ne subir aucune modification.

Je cherchai longtemps, tant dans la région cervicale que dans la région médiastinale, quelque orifice de communication eutre l'aréocèle et l'appareil respiratoire. Il me fut impossible d'en découvrir. Je puis seulement dire que quand on remplissait d'eau stérilisée la poche

médiastinale, on voyait, pendant l'expiration, des bulles d'air qui venaient crever à la surface du liquide.

J'essayai la décortication de la poche cervicale; il me fut tout à fait impossible de la réaliser. La paroi de la tumeur était d'une extrême minceur et elle adhérait d'une manière intime à tous les organes qu'elle tapissait. En m'efforçant de la séparer du paquet vasculo-nerveux du cou entre les éléments duquel elle s'infiltrait, je produisis une petite toux sèche, quinteuse, asphyxiante. Je ne pus extraire que des lambeaux.

Je n'ai pas besoin de dire que la dissection de la poche médiastinale présentait des difficultés pires encore.

Je me contentai donc de faire, dans le cou et dans le thorax, une « frottée » de teinture d'iode.

Je plaçai un drain dans la poche pour éviter l'emphysème, et je refermai la plaie.

. Les suites furent excessivement simples et vous voyez aujourd'hui la petite malade guérie. J'entends par là qu'elle ne présente plus trace de tumeur cervicale. Dans les grands efforts, quand elle crie (et elle ne s'en fait pas faute) on perçoit, cependant, au-dessus de la clavicule, dans la profondeur du creux sus-claviculaire, une légère voussure sonore. C'est le dôme de la poche médiastinale.

Voici, maintenant, la note que m'a remise M. Le Senne, interne à Lariboisière :

« La paroi du kyste examinée, après fixation et étalement, montre la structure suivante : elle est formée de tissu conjonctif dense formé de faisceaux de fibres adultes à direction parallèle à la surface interne du kyste; dans cette paroi fibreuse on rencontre d'assez nombreux vaisseaux sanguins normaux. La face interne du kyste est tapissée par un *endothélium très aplati* reposant directement sur le plan fibreux sous-jacent; nulle part on ne trouve d'épithélium ni de débris épithéliaux. On retrouve là, en somme, la structure de la paroi d'un kyste séreux congénital du cou. »

Cette observation n'est pas faite pour éclairer la pathogénie un peu obscure des tumeurs gazeuses du cou. Comme le disait, ici même, très clairement Pierre Delbet (1), il y a deux sortes de tumeurs gazeuses du cou : les unes sont dues à la dilatation d'un diverticule préexistant du larynx ou de la trachée; elles ont une paroi épithéliale et ressortissent à une disposition congénitale; les autres sont dues à la rupture des voies aériennes; elles ont une paroi celluleuse et ne sont pas, au sens propre du mot, enkystées; la rupture, ordinairement préparée par un état pathologique, est activée par l'effort.

L'observation que je viens de présenter ne répond proprement

(1) Pierre Delbet. *Bull. et mém. Soc. de chirugie*, 1900, t. XXVI, p. 354. (Réponse à la communication de M. Guinard.)

à aucun de ces deux cas. Il ne s'agit pas d'un diverticule respiratoire dilaté, puisqu'il n'y a pas d'épithélium. Il ne s'agit pas non plus d'un simple épanchement d'air après rupture, puisqu'il y a enkystement vrai et paroi continue.

Je crois que ce fait curieux pourrait être comparé à une observation de R. Fowler reproduite dans la thèse de Koutnik (1). « Il y avait eu rupture de la première division bronchique dans le lobe supérieur du poumon droit. L'air, s'échappant sous la plèvre, avait séparé celle-ci de ses adhérences pulmonaires. Le sac ainsi formé s'était ouvert une voie à travers le sommet de la cavité pleurale et ses parois avaient été renforcées par la plèvre costo-pariétale, il s'était, ensuite, élevé dans le cou où il avait pris un développé. »

M. Monod. — Ne pourrait-on pas supposer un kyste congénital s'étant mis en rapport avec les bronches ?

M. Sebileau. — Je ne le crois pas, la poche contenant exclusivement de l'air. En outre, comme je le disais plus haut, le revêtement interne était un endothélium analogue à celui qu'on trouve dans les kystes séreux, mais il n'y avait aucune trace de l'épithélium qu'on rencontre dans certains autres kystes congénitaux du cou.

Tuberculose du cæcum et du côlon ascendant. Pas de résection intestinale. Entéro-anastomose iléo-colique gauche, par le procédé des agrafes rondes. Guérison.

M. Chaput. — Je vous présente une jeune fille de quinze ans qui, en janvier 1901, fut prise subitement d'une douleur très vive de la fosse iliaque droite, avec vomissements, mais sans fièvre ; ces accidents ne durèrent que quelques heures.

Les mêmes accidents se reproduisirent en juin 1901 ; leur durée fut également très courte.

Depuis ce moment, la malade maigrit, et bientôt son médecin, le Dr Lemarignier, constate, dans la fosse iliaque droite, l'existence d'une importante tuméfaction.

A l'entrée, on constate que la moitié droite de l'abdomen est légèrement soulevée.

(1) Antoine Koutnik. Des tumeurs gazeuses du cou, *Thèse* de Paris, 1896, n° 323, p. 120.

A la palpation, on perçoit une tumeur très dure, bosselée, paraissant formée de segments sphériques accolés, et du volume du poing environ.

La tumeur est située derrière la paroi abdominale; elle est peu mobile; elle ne provoque pas de douleurs, pas de constipation, ni diarrhée, ni vomissements, ni fièvre. Les urines sont normales et les viscères aussi.

Je porte le diagnostic de tuberculose du cæcum.

Le 8 *juillet* 1902, anesthésie au chloréthyle et au mélange de chloroforme et éther.

La laparotomie médiane me fait constater la présence de 100 grammes environ de liquide ascitique clair dans le péritoine.

Il existe des granulations tuberculeuses sur plusieurs anses grêles.

Le côlon ascendant est occupé par une énorme tumeur, à laquelle adhèrent plusieurs anses grêles.

Après avoir reconnu la fin de l'intestin grêle et l'S iliaque, je les attire au dehors et les charge sur deux sondes cannelées.

Je les accole latéralement au moyen d'un premier étage d'agrafes séro-séreuses.

J'incise ensuite les deux anses, je nettoie leur lumière (la coprostase est faite), et je suture avec les agrafes les lèvres postérieures des incisions, puis les antérieures; je termine par un étage antérieur séro-séreux.

L'exécution de ces sutures s'exécute avec une rapidité surprenante.

La tumeur du côlon est laissée en place. Suture de la paroi aux crins de Florence.

Suites nulles; aussitôt après la cessation des vomissements chloroformiques, on donne à boire *ad libitum*.

Réunion immédiate. Guérison rapide et parfaite.

Revue fin janvier 1903, la malade a beaucoup engraissé; sa tumeur a diminué de volume et de durée; elle n'éprouve aucun trouble fonctionnel d'aucune sorte; aussi l'indication d'enlever la tumeur me paraît n'avoir plus de raison d'être. La région de l'anastomose n'est nullement douloureuse, et les agrafes ont été très bien tolérées.

Pour le secrétaire annuel,

A. Broca, archiviste,

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE ANNUELLE

(4 février 1903.)

Présidence de M. Kirmisson

ALLOCUTION DE M. KIRMISSON

Vice-Président.

Messieurs,

La séance annuelle de la Société de chirurgie est pour nous une véritable fête de famille. Aujourd'hui cependant un nuage de tristesse plane sur notre assemblée. Notre cher président Bouilly, ce collègue aimé et estimé que nous nous plaisions à voir à la tête de notre compagnie, est retenu loin de nous par une douloureuse maladie. Néanmoins il ne nous oublie pas. « Veuillez, je vous prie, m'écrit-il, transmettre à mes collègues toutes mes excuses et mes regrets ; veuillez aussi leur dire combien je les remercie d'avoir, par leur attitude et leur courtoisie, rendu si facile ma tâche de président, et combien je suis reconnaissant de leurs témoignages de sympathie, qui sont mon soutien et ma consolation. »

Je suis certain, Messieurs, d'être l'interprète de vos sentiments, à tous, en adressant publiquement ici à notre cher président, avec nos meilleurs vœux, l'hommage de notre haute estime et de notre profonde sympathie.

Appelé à l'honneur de lui succéder, mon premier devoir est de vous exprimer ma très vive gratitude. Si le poste de président de la Société de chirurgie a toujours été considéré comme une distinction flatteuse, c'est à vous, Messieurs, qu'en revient tout le mérite ; c'est l'éclat de vos travaux qui rejaillit sur celui de vos collègues que vous appelez à l'honneur de les diriger. Notre secrétaire annuel, M. Bazy, va vous retracer dans son rapport le bilan de votre activité scientifique pendant l'année qui vient de s'écouler. Pour moi, mon rôle est de vous rappeler les mutations survenues dans le personnel de notre Société depuis notre dernière séance annuelle.

Nous avons eu le regret de perdre deux de nos membres hono-

raires, MM. Polaillon et Panas. M. Polaillon appartenait à la Société de chirurgie depuis 1873, et il en fut président en 1888; devenu membre honoraire en 1893, il continua à fréquenter nos séances, jusqu'au moment où la maladie le condamna au repos. Chirurgien consciencieux et instruit, collègue affable et bon, il laisse au milieu de nous les meilleurs souvenirs.

Nommé membre titulaire en 1865, le professeur Panas présida la Société de chirurgie en 1877, et devint, en 1888, membre honoraire. Se consacrant uniquement à l'étude de l'ophtalmologie, il avait depuis longtemps cessé de fréquenter nos séances. Mais, avant de s'adonner entièrement à la pratique des maladies oculaires, M. Panas avait, comme chirurgien des hôpitaux, et agrégé de la Faculté de médecine, cultivé la chirurgie générale, et il y a laissé une trace lumineuse. Esprit fin et pénétrant, doué d'une grande érudition et d'un amour sincère de la science, il a écrit des mémoires qui sont de véritables modèles d'observation, tels ses travaux sur les paralysies radiale et cubitale. Ses obsèques ont eu lieu au milieu d'un grand concours de médecins et de chirurgiens venus pour témoigner à sa mémoire un juste tribut d'admiration. Sa modestie lui avait fait formuler le désir qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe. Mais, en attendant que notre secrétaire général retrace devant vous son œuvre, je dois aujourd'hui lui rendre un public hommage, au nom de tous ses collègues, dont beaucoup étaient ses élèves et ses amis. J'ai eu l'honneur d'être l'un et l'autre, et je me félicite hautement de pouvoir lui apporter ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de ma sincère affection.

Nous avons encore à déplorer la mort de deux de nos correspondants étrangers, le professeur Paci (de Pise), qui a attaché son nom d'une manière durable au traitement des luxations congénitales de la hanche par la méthode non sanglante, et le professeur Schede (de Bonn). Enlevé prématurément par une pneumonie infectieuse, ce brillant chirurgien paraissait devoir fournir encore une longue carrière. Beaucoup de nous avaient eu l'occasion de le visiter, alors qu'il était à la tête de l'immense clinique chirurgicale de Hambourg, et tous nous avions été frappés de sa bonne grâce parfaite et de son talent.

Un de nos correspondants nationaux, le Dr Chapplain (de Marseille), arrivé à un âge avancé, nous a adressé sa démission; non qu'il cesse de porter intérêt à nos travaux, mais pour faire place à un collègue plus jeune, et dont l'activité scientifique soit profitable à notre Société. Notre collègue donne ainsi l'exemple d'un rare désintéressement; il emporte dans sa retraite l'expression de nos regrets.

C'est dans le même esprit, et pour obéir à une excellente tradition qui s'est établie depuis quelques années, que notre collègue Reclus, en descendant du fauteuil présidentiel, a demandé le titre de membre honoraire. Mais lui, du moins, reste fidèle à nos séances, et nous espérons bien le voir pendant longtemps encore participer à nos travaux.

Messieurs, pour combler les vides ainsi ouverts dans nos rangs, vous avez, dans la séance du 7 mai 1902, nommé membre titulaire M. Sebileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux. Comme membres correspondants nationaux, vous avez choisi M. Coutaud, médecin principal de la marine, et M. Guillet, professeur à l'École de médecine de Caen. Enfin, vous avez décerné le titre de membres correspondants étrangers à MM. Berg, professeur de clinique chirurgicale à Stockholm, Gallet (de Bruxelles), Heresco (de Bucarest), et Lennander (d'Upsal). Je salue ces nouveaux collègues, et suis heureux de leur souhaiter la bienvenue en votre nom.

Je dois encore m'acquitter ici d'un devoir de reconnaissance envers deux de nos collègues, MM. Delens et Le Dentu, qui ont bien voulu enrichir notre bibliothèque d'importantes collections.

Si maintenant, Messieurs, nous jetons ensemble un regard sur l'état actuel de notre Société, nous avons lieu d'être pleinement satisfaits. Vieille bientôt de soixante années d'existence, la Société de chirurgie de Paris est jeune encore d'activité scientifique, et donne chaque jour les preuves d'une incontestable vitalité. La cause en est dans l'élasticité de nos règlements qui nous permet, tout en conservant dans notre sein les collègues plus âgés qui représentent parmi nous l'expérience et les enseignements du passé, de nous adjoindre chaque année des collègues nouveaux, pleins d'ardeur au travail.

Elle est surtout dans l'esprit admirable qui animait nos fondateurs, préoccupés uniquement de l'honorabilité professionnelle et de la recherche de la vérité. C'est parce que telles étaient ses bases, c'est parce qu'elle n'était inféodée à aucun homme, ni à aucune doctrine, que la Société de chirurgie a pu rester debout, au milieu de la révolution chirurgicale la plus complète qui se puisse imaginer. Continuons, Messieurs, à travailler dans cet esprit; mais, si nous devons être largement progressistes en matière scientifique, nous devons rester sagement conservateurs, quand il s'agit de l'observance de nos statuts et de nos règlements. C'est le rôle de votre président de veiller à cette bonne exécution des règlements, sans laquelle toute société périclite. Dans cette tâche, je n'aurai pas la prétention de faire oublier

mon cher prédécesseur, dont l'autorité était faite surtout d'une bonne grâce et d'une affabilité exquises ; je m'efforcerai du moins de l'imiter, vous promettant une exactitude et un dévouement absolus aux intérêts de notre chère Société, et comptant, pour suppléer aux qualités qui me manquent, sur votre indulgence et votre concours bienveillant.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

PENDANT L'ANNÉE 1902,

par M. P. Bazy, secrétaire annuel.

Messieurs,

C'est sans doute pour donner quelque travail à votre secrétaire que vous maintenez la tradition du rapport annuel sur les travaux de la Société. Car je dois dire que la bonne habitude que vous avez prise de remettre à ce secrétaire un manuscrit sur vos communications diminue singulièrement sa tâche. Quelques-uns même poussent l'amabilité jusqu'à remettre une courte note sur les paroles qu'ils ont pu prononcer *ex abrupto* dans le cours d'une discussion, et ce n'est pas certainement eux qui encourront le reproche de retarder la publication et l'apparition de votre bulletin hebdomadaire.

On peut dire que toutes les questions chirurgicales, quelque spéciales qu'elles aient été, ont été abordées à cette tribune.

Quels que soient l'organe ou l'appareil malade, même l'œil ou l'oreille, nous voyons, soit les membres de la Société, soit les candidats, venir présenter à votre jugement les cas qu'ils ont observés, les réflexions qu'ils leur ont suggérées.

Je pourrais les passer tous en revue, pas un ne manquerait à l'appel.

Vous n'attendez pas de moi l'énonciation de tous vos travaux. La table des matières remplira ma tâche mieux que je ne pourrais le faire.

Mais il vous sera peut-être agréable de repasser rapidement avec moi les travaux de l'année. Au demeurant, je ne m'appesantirai que sur les sujets nouveaux, d'actualité, ou rares, ou qui ont fait l'objet de vos discussions.

Anesthésie. — La lecture par M. *Poirier* d'une observation de mort par le chloroforme a été l'occasion d'une longue discussion à laquelle ont pris part vingt-quatre d'entre nous.

Nous avons été tous d'avis qu'un bon anesthésique et un bon anesthésiste sont nécessaires, quoique des accidents puissent arriver même avec de bons anesthésistes. Ces accidents, quand ils arrivent, se montrent surtout au début de l'anesthésie, du moins avec le chloroforme, et ils sont surtout d'ordre réflexe. Aussi s'est-on évertué à les supprimer.

Pour ceci M. *Gérard Marchant* n'emploie plus que l'éther et n'a jamais eu d'accidents. M. *Chaput* donne l'éther d'abord, le chloroforme ensuite.

M. *Richelot* commence par l'administration du bromure d'éthyle pour étourdir un peu le malade et anesthésier la muqueuse nasale sans pousser jusqu'à l'anesthésie générale.

M. *Guinard* et après lui M. *Bazy* préconisent l'emploi du chlorure d'éthyle que préconisent aussi M. *Reboul* et, dans un rapport sur un travail de M. *Girard*, M. *Le Dentu*; il faut procéder par doses de 4 à 5 grammes sans laisser passer d'air et substituer sans interruption le chloroforme.

La pathogénie des accidents a été interprétée par presque tous par le mécanisme d'un réflexe sur le cœur. M. *Bazy* y a ajouté l'action toxique particulière que peut exercer le chloroforme sur certains organismes, analogue à l'action toxique que d'autres substances habituellement innocentes peuvent exercer aux mêmes doses sur certains individus.

M. *Chaput* lit un travail sur les indications respectives de la rachi-cocaïnisation et l'anesthésie locale par la cocaïne et le chlorure d'éthyle et l'anesthésie générale.

Le traitement du cancer par le sérum a été discuté à l'occasion d'une présentation de M. *Richelot*, et il a été admis par tous, même par M. *Richelot*, que cette question est encore pleine d'obscurité et que tant d'éléments entrent en considération, quand il s'agit de discuter sur l'évolution du cancer, qu'il faut réserver son opinion.

M. *Quénu* lit un long travail sur les microorganismes de l'air dans les salles d'opération et d'hôpital.

Ses conclusions sont qu'il faut agiter l'air le moins possible dans les salles d'opération pendant les opérations et que, pour désinfecter un local quelconque, l'eau oxygénée en pulvérisations chaudes est un moyen efficace et supérieur aux autres.

Système nerveux. — M. *Rochard*, dans un travail intitulé : « De la ponction lombaire comme moyen de traitement des accidents consécutifs aux fractures du crâne », a montré le parti que l'on pouvait tirer de la ponction lombaire pour faire cesser les céphalalgies intenses observées à la suite de traumatismes craniens — opinion confirmée par M. *Schwartz* — et démentie par un fait de M. *Gérard Marchant*.

A ce propos s'est élevée, une discussion sur la valeur de la ponction lombaire comme moyen de diagnostic des fractures du crâne ; M. *Gérard Marchant* a cité une observation où le diagnostic de contusion cérébrale était seul possible. Au reste, ainsi que l'a fait observer votre secrétaire, la lésion osseuse est beaucoup moins importante que la lésion cérébrale sous-jacente, et ce sang peut manquer dans les plaies du cerveau. M. *Demoulin* a apporté des faits où le liquide retiré par ponction était teinté sans qu'il y eût fracture du crâne, et M. *Delorme* fait observer que *Duret* a montré il y a vingt-cinq ans que dans les commotions cérébrales simples sans fracture il existait un épanchement sanguin dans le sac sous-arachnoïdien.

L'écoulement du liquide céphalo-rachidien à la suite de plaie du rachis peut être extrêmement abondant, ainsi que le montre une observation de M. *Giss* (de Thionville) analysée par M. *Demoulin* qui en a cité plusieurs observations et avec lui MM. *Routier* et *Tillaux*.

A ce propos M. *Demoulin* insiste sur l'action bienfaisante de l'ouverture persistante du canal rachidien dans les cas de méningite soit aseptique, soit même septique, car elle assure le drainage.

Continuant la série de ses succès, M. *Gérard Marchant* nous a présenté un nouveau malade guéri d'une névralgie faciale rebelle par la résection du nerf maxillaire inférieur et la destruction du ganglion de Gasser; il a rappelé qu'il peut enregistrer des guérisons datant de trois et quatre ans, ce qui est tout à fait encourageant.

Affections congénitales. — M. *Kirmisson* a eu l'occasion d'observer une affection très rare, et il a eu l'idée de nous en faire part ; il s'agit d'une fente congénitale de la narine droite chez une petite fille de deux ans.

Nez et fosses nasales. — La rhinoplastie a permis à MM. *Berger* et *Nélaton*, les grands restaurateurs de nez, de nous présenter des malades dont ils ont fait, il faut le proclamer, des individus fort présentables, de hideux et repoussants qu'ils étaient.

Le procédé ostéoplastique de M. *Nélaton*, le procédé de réfection des narines de M. *Berger* et celui de M. *Jalaguier* ont vivement interessé la Société.

M. *Sebileau* nous fait connaître un résultat de l'opération préconisée dans les cas de bec-de-lièvre (compliqué, par un dentiste américain. *Brophy*. Il n'ose, malgré les affirmations de M. *Brophy*, se prononcer sur la valeur de la méthode. C'est aussi l'opinion qu'exprime M. *Kirmisson*.

M. *Berger* nous fait part de son procédé de guérison des becs-de-lièvre compliqués et nous amène, à l'appui, un jeune enfant dont il a restauré la face avec succès. M. *Chaput* a à son actif un résultat semblable.

La présentation de polypes naso-pharyngiens extraits sans difficulté par M. *Chavasse* par voie bucco-pharyngée donne lieu à une discussion de laquelle il résulte qu'il ne faut pas toujours compter sur une extraction aussi facile qui peut quand elle n'est pas très rapide devenir dangereuse par l'hémorragie.

A citer l'avis de M. *Sebileau* qui cite plusieurs cas et de M. *Bazy* qui cite un cas de la pratique de M. *Richet* et celui de M. *Potherat*.

Cancer de la langue. — Après avoir étudié attentivement les lymphatiques de la langue et les ganglions où ils se rendent, M. *Poirier* a été conduit à proposer et à faire une opération qui lui paraît devoir être celle de l'avenir, parce qu'il espère mettre les malades à l'abri de la récidive. Elle consiste dans l'ablation des ganglions de toute la chaîne carotidienne, du trou déchiré postérieur jusqu'en dessous de l'omo-hyoïden, dans le curage de la fosse sous-maxillaire et cela des deux côtés; elle se termine par l'ablation large de la tumeur linguale. Il en appelle, dit-il, au nom de l'anatomie guidant la main du chirurgien, du pronostic impitoyable que portent encore beaucoup de gens, et même des chirurgiens, contre les cancéreux de la langue et d'ailleurs.

M. *Routier*, opère le plus largement possible. Toutefois, il n'opère pas les cancers étendus du plancher buccal.

MM. Terrier et Reclus ne sont pas partisans de ces grosses opérations, ni M. Delbet qui en signale la mortalité énorme que M. Walter se préoccupe d'atténuer par un pansement méthodique et soigné.

Système vasculaire. — M. *Tuffier* a exposé une observation d'intervention chirurgicale directe dans un anévrisme de l'aorte. Dans la discussion qui a suivi, M. *Kirmisson*, après avoir incidemment affirmé qu'il avait ce jour-là exercé ses fonctions de prési-

dent avec impartialité, a signalé les contradictions existant entre les faits et les différentes descriptions du présentateur.

Cette observation n'a pas paru probante à M. *Poirier*, que cette question intéressait particulièrement, puisqu'il avait eu autrefois la pensée de traiter directement ces anévrismes, et avait dû, en présence des recherches qu'il avait faites et de l'opinion de maîtres éminents, y renoncer. « Il regrette, dit-il, que cette observation ne soit pas frappée au coin de la précision que nous sommes habitués à rencontrer dans les observations présentées ici. » Il est certain que les détails donnés par M. *Tuffier* ne correspondent nullement aux lésions dont les dessins faits par son ami *Jacques Liouville* établissent l'existence irréfutable.

Puisque cette observation est pleine d'obscurité, vous me permettrez de n'y point insister.

Mais en raison de l'importance que vous y avez tous attachée, je ne puis passer sous silence le désir que vous avez exprimé à ce moment, de voir les communications écrites absolument conformes aux communications que vous entendez ici et de ne pas retarder l'apparition du « Bulletin » par des corrections trop nombreuses.

A cette occasion, puisque le malade de M. *Tuffier* est mort de septicémie, MM. *Reclus* et *Bazy* ont insisté sur la nécessité d'une asepsie absolue dans ces opérations, et M. *Bazy* sur l'importance, quand on veut faire des opérations nouvelles, d'un diagnostic absolument précis, et sur la nécessité de faire un examen stéréoscopique qui eût renseigné sur la forme de l'anévrisme. « Ce n'est pas sur des probabilités, ajoute M. *Guinard*, qu'on doit entreprendre de pareilles opérations. »

Ce dernier a en outre montré la difficulté du diagnostic des anévrismes de cette région, qui sont tantôt des anévrismes du tronc brachio-céphalique, tantôt des anévrismes de l'aorte, et a établi l'utilité, dans le traitement, de la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière.

En nous présentant un malade guéri par cette méthode, M. *Gérard Marchant* a confirmé ces idées.

M. *Reynier*, à cette occasion, nous a vanté les bons effets du sérum gélatiné en injections sous-cutanées, et il cite un cas d'anévrisme artério-veineux du sinus caverneux.

M. *Berger*, malgré la tendance actuelle à traiter l'anévrisme des membres par l'extirpation, pense qu'une place doit être faite à la ligature, et il montre un malade qu'il a guéri d'un anévrisme de chacune des deux fémorales par la ligature d'Anel.

M. *Guinard* a traité au contraire par l'extirpation un anévrisme

artério-veineux traumatique des vaisseaux fémoraux et a obtenu la guérison.

A propos de l'attrition sous-cutanée directe des grosses artères, M. *Lejars* a tenté sans succès ce qu'il appelle « le débouchage artériel », c'est-à-dire le rétablissement de la circulation dans le vaisseau, par l'ablation des thromboses, et la suture de la plaie vasculaire.

La gangrène qui a suivi l'opération est surtout due, selon lui, à des embolies dans les artères situées au-dessous. C'est aussi l'opinion de M. *Delbet* et celle de M. *Delorme* qui y ajoute l'attrition concomitante des voies collatérales artérielles, et qui craint que cette opération si séduisante ne soit illusoire en raison de la reformation des caillots au niveau des parois artérielles, contuses, dépolies, irrégulières.

J'aurai en outre à signaler une observation : Plaie de la sous-clavière et du plexus brachial par coup de couteau, intervention, guérison, présentée par M. *Legueu*.

Appareil locomoteur. — La coxa vara, dont des exemples nous ont été apportés par notre très distingué correspondant M. *Maunoury* (de Chartres) et M. *Coville* (d'Orléans), a été l'objet, de la part de M. *Kirmisson*, de réflexions et de vues personnelles dans lesquelles la question est envisagée longuement, M. *Kirmisson* nous montrant que la coxa vara peut être primitive ou secondaire, distinction acceptée et confirmée par M. *Berger*.

M. *Championnière*, en présentant des malades adultes opérés pour des pieds bots invétérés, montre l'utilité des ablations larges. M. *Nélaton* préconise, au contraire, les résections économiques sur les jeunes sujets et les enfants, et M. *Jalaguier*, en présentant trois enfants, confirme ces idées.

Quoique partisan du cerclage de l'olécrane, M. *Berger* présente un malade atteint de fracture de l'oléocrane traitée par le massage, il insiste sur la suppression de l'appareil d'extension après douze à quinze jours et sur le maintien de l'olécrane dans sa position pendant la mobilisation. M. *Shwartz* cite un cas analogue.

M. *Nélaton* frappé des difficultés qu'on a souvent à maintenir la mobilité des os après les résections ou les ostéotomies, à avoir des pseudarthroses, propose d'interposer des lambeaux de muscle ou d'aponévrose entre les extrémités réséquées ou sec-

tionnées. Il cite deux observations démonstratives à l'appui; elles se rapportent à des ankyloses de la hanche.

M. *Quénu* a appliqué la méthode avec succès à une ankylose du coude, déjà traitée inutilement par la résection.

Aussi voit-on MM. *Routier* et *Delbet*, qui ont eu des déboires après des résections se proposer de la mettre à profit.

M. *Championnière* pense que les résections larges, qui n'ont aucun inconvénient, suffisent à mettre à l'abri des récidives ; ce n'est point l'avis de MM. *Quénu* et *Routier* qui ont eu des réankyloses à la suite d'opérations larges.

M. *Picqué* a étudié la pathogénie et le traitement de l'hallux valgus, sans faire partager ses idées sur ces deux points à MM. *Kirmisson* et *Reynier* qui pensent que c'est surtout chez les rhumatisants, les alcooliques qu'on observe ces lésions.

Je mentionne l'absence congénitale d'une portion de la diaphyse du péroné gauche, présentée par M. *Walther*, ce qui permet à M. *Poirier* de dire que le péroné est un os inutile, si la malléole persiste.

Séparation des urines. — Cette année a vu naître les séparateurs de l'urine, leur combat contre le cathétérisme des uretères qui y a succombé pour ne plus se relever, et la lutte des séparateurs. Les uns avec le séparateur de Luys, les autres avec celui de Cathelin, tout le monde a séparé, même votre secrétaire qui cependant trouve qu'on sépare trop et ainsi se sépare lui-même des autres; mais nous sommes tous unis pour nous faire séparer le moins possible.

M. *Hartmann* nous a présenté l'appareil séparateur de M. *Luys* et M. *Legueu* celui de M. *Cathelin*, chacun d'eux s'efforçant de faire valoir les mérites de son protégé.

Vous savez surabondamment que votre secrétaire, loin de repousser ces moyens d'instigation, de diagnostic, les approuve, mais entend bien ne les réserver qu'aux cas où ils paraissent indispensables, estimant que l'introduction d'un instrument dans la vessie n'est pas chose banale: la manœuvre n'est pas à la portée de tout le monde, et enfin, l'instrument peut ne pas fonctionner. Ce sont ces considérations que votre secrétaire s'efforce de faire valoir pour engager à faire des examens cliniques détaillés; et : comme on ne prouve jamais mieux le mouvement qu'en marchant, il apporte des observations et des pièces anatomiques à l'appui de ses dires.

La prétention de se baser sur une analyse d'une urine de

quelques minutes, pour établir la valeur fonctionnelle d'un rein est antiscientifique et trompeuse.

Urètre. — Il est classique de dire que l'urètre membraneux n'a pas d'autres rétrécissements que les rétrécissements traumatiques.
M. *Bazy* dans un travail en collaboration avec M. *Decloux* prouve que le processus qui constitue le rétrécissement blennorragique peut atteindre la portion membraneuse ; ainsi le rétrécissement blennorragique membraneux existe.

Une observation de rupture de l'urètre membraneux présentée par M. *Mignon* montre que pour ces cas, comme pour les rétrécissements qui en sont la conséquence, il est nécessaire pour faire pénétrer une sonde dans la vessie de faire le cathétérisme rétrograde ; c'est la conclusion à laquelle se rallient M. *Bazy* M. *Chaput* qui donne une observation à l'appui, et M. *Walther* qui a rapporté une observation de M. *Souligoux* superposable aux précédentes ; cette dernière diffère toutefois de celle de M. *Mignon* en ce que c'était la vessie et non l'urètre qui était rompu.

Quoique l'urétrotome de *Maisonneuve* ait paru réaliser le summum des bénéfices qu'on doit retirer de la section du canal, M. *Bazy* a cru devoir imaginer un autre urétrotome qui a sur l'urétrotome de Maisonneuve l'avantage de ne sectionner que des parties rétrécies et de pouvoir faire en une seule séance des sections sur tous les points de la circonférence du canal ; il se borne en général à trois sections, deux inférieures, une supérieure.

Je vous signalerai un rapport de M. *Bazy* sur les ganglions lymphatiques de la cavité de Retzius, vus par Gérota et par lui, et une observation de ganglion de la face latérale droite de la verge.
Ces conclusions ont été celles de M. *Poirier* qui a signalé en outre les travaux de *Cunéo et Marcille* sur ce sujet.

M. *Walther* nous présente un bon résultat d'un traitement de l'hypospadias par la méthode de *Nové-Josserand.*

Hypertrophie prostatique. — M. *Charrier* (d'Angers), nous a envoyé quatre cas de résection des canaux déférents pour hypertrophie prostatique. M. *Potherat* nous les a rapportés et s'est montré défavorable à cette opération. Cependant M. *Guelliot*, de Rennes, nous a apporté une observation où elle a donné un résultat favorable chez un malade chez lequel l'ablation de la prostate avait échoué et qui avait en même temps eu une orchite, ce qui

supprime les indications de la résection du canal déférent pour prévenir les épididymites.

Voilà une opération démodée, comme l'est la castration, la ligature du cordon, etc.

Serons-nous plus heureux avec la prostatectomie? Oui, si l'on en croit les observations récemment publiées. Sur ce sujet, M. *Guinard* nous a rapporté une opération faite avec succès par M. *Proust*. M. *Legueu* et M. *Albarran* ont exposé leurs statistiques; mais il en résulte que tous les opérés n'ont pas retiré de bénéfice thérapeutique de l'opération. Aussi M. *Albarran* ne veut-il pas donner les indications de cette opération, dont cependant l'année dernière, alors qu'il était moins expérimenté, il ne cherchait que les contre-indications. Ces indications existent et M. *Bazy*, en nous rapportant deux cas de prostatectomie suivis de succès thérapeutique complet, a cherché à en poser quelques-unes. En tout cas un seul accès de rétention, même chez un prostatique à grosse prostate, n'est pas, suivant M. *Routier* et *Bazy* une indication suffisante.

Vessie. — M. *Estor* nous a envoyé une observation de guérison d'exstrophie de la vessie par le procédé de *Maydl*. Son rapporteur M. *Picqué* n'a pas partagé les vues de l'opérateur. Celui-ci est approuvé au contraire par M. *Poirier* qui n'a pas eu à se louer beaucoup des procédés autoplastiques et aimerait mieux supprimer la vessie.

A propos d'un cas de retournement complet de la vessie, consécutif à l'ablation d'un épithélioma urétral, M. *Picqué*, étudie longuement cette affection, montre sa rareté et décrit le traitement qu'il a appliqué et qui a consisté dans le rétrécissement de l'orifice vésical après réduction par voie intra-abdominale du prolapsus. Ce retournement n'est pas fatal après l'opération comme l'a pensé M. *Guinard*. M. *Bazy* a rapporté deux cas où il n'existait pas.

L'anurie calculeuse doit être traitée par l'ouverture du rein avant que la période d'intolérance ne soit arrivée.

M. *Suarez de Mendoza* (de Madrid), en nous envoyant une observation d'anurie calculeuse opérée alors qu'on était au douzième jour et en pleine période d'intolérance, prouve qu'il ne faut pas désespérer. La question de la suture immédiate du rein après néphrotomie d'un rein infecté ou non a été agitée à cette occasion, et M. *Bazy*, rapporteur, de ce cas et d'une observation de M. *Riche* a fait remarquer que par l'emploi d'un long tube on pouvait ne pas se priver du bénéfice précieux d'une soupape ouverte et éviter

l'ennui et le danger de voir les bords de la plaie et le malade souillés par l'urine.

Rein. — Le traitement des kystes hydatiques du rein a reçu différentes solutions : M. *Terrier* en a traité un qu'il a observé par la résection de la portion du rein sur laquelle s'insérait un kyste. C'est aussi la conduite qu'a tenue M. *Bazy* qui en a fait un procédé de nécessité.

M. *Ricard* a réséqué largement la poche adventice.

M. Legueu a traité par la méthode de *Delbet.* Tous nous sommes d'accord pour dire qu'il faut éviter l'ensemencement des éléments du kyste.

La présence des sels biliaires dans les urines, donnée comme caractéristique des kystes du foie, n'a pas été toujours notée dans les observations, malgré les recherches.

M. *Albarran*, à propos d'adénome de l'extrémité inférieure de l'uretère traité par voie transvésicale, étudie ces tumeurs, en fait l'anatomie pathologique et en étudie le traitement.

Pour la rareté du fait, M. *Jalaguier* présente un sarcome du rein droit opéré chez une fillette de neuf ans, par voie intrapéritonéale, il y a un mois et demi, mais il ne l'a opéré que parce qu'il croyait à une lésion inflammatoire en raison de sa marche rapide, de la fièvre et de la présence du pus dans l'urine. Il n'opère pas les tumeurs du rein chez l'enfant. C'est aussi l'avis de MM. *Berger* et *Broca.*

M. *Albarran* les opère.

La déchirure et la ligature de la veine cave dans le cours des néphrectomies ont été signalées tout d'abord par *Houzel*, puis par M. *Heresco* dans un travail rapporté par M. *Delbet.*

M. *Albarran* y a ajouté des faits qu'il a puisé dans les auteurs ; il y a mélangé des ligatures de la veine rénale au ras de la veine cave, quoiqu'il n'y ait rien de commun entre ces deux opérations.

L'intérêt de ces deux observations de MM. *Houzel* et *Heresco* est que ces malades ont guéri sans aucun trouble circulatoire.

Appareil digestif; œsophage; estomac. — Les corps étrangers de l'œsophage chez des enfants très jeunes ont nécessité entre les mains de M. *Poirier* et de M. *Guillet* (M. *Walther*, rapporteur) l'œsophagotomie externe pratiquée avec succès.

Dans une copieuse observation, M. *Reynier* nous relate le cas

d'un malade à qui M. *Souligoux* a fait une gastrostomie par son procédé et que M. *Reynier* croit atteint d'une dilatation congénitale de l'œsophage.

Cette observation a suggéré à notre correspondant, M. *Roux* (de Brignoles), l'idée de nous envoyer une observation suivie d'autopsie dans laquelle fut constatée l'existence d'un diverticule de l'œsophage.

Cette observation a été le point de départ de la description du procédé de gastrostomie de M. *Souligoux* qui a été défendu par MM. *Reynier* et *Guinard*. MM. *Monod*, *Poirier*, *Quénu*, *Segond* restent fidèles à l'ancien procédé qui leur donne toute satisfaction. M. *Schwartz* l'a expérimenté et le trouve plus difficile à exécuter et peut-être pas meilleur au point de vue de la continence.

M. *Quénu* a signalé l'ulcère simple de l'intestin à la suite d'une gastro-entérostomie.

M. *Walther* a présenté un cas de cancer de l'estomac sans tumeur apparente, traité avec succès par gastro-entérostomie, et dans lequel l'hyperchlorhydrie avait pu faire éloigner l'idée de cancer.

M. *Hartmann* dit que l'hyperchlorhydrie se voit de temps en temps dans le cancer : il aurait fait faire l'examen du sang ; de même M. *Tuffier*.

M. *Ricard* a fait faire des examens du sang et a obtenu des résultats prouvant qu'ils n'ont pas beaucoup de valeur.

Intestin ; rectum. — A propos d'un cas de rétrécissement de l'angle gauche du côlon, M. *Terrier* étudie la pathogénie de cette lésion peu connue et rare du reste, et montre l'influence que pourrait avoir le ligament phrénico-colique gauche atrophié ou sclérosé dans la pathogénie des accidents d'occlusion intestinale chronique.

M. *Poirier* cite un cas analogue, sans se prononcer sur l'influence du ligament précité, et M. *Legueu* apporte une observation d'occlusion dans cet angle gauche par une bride péritonéale.

M. *Reynier* a profité de cette circonstance pour étudier la ptose du côlon transverse souvent associée à la ptose gastrique et croit à la fréquence de cette ptose et à son influence sur la production des symptômes analogues à ceux de la malade de M. *Terrier*.

M. *Quénu* nous a à cette occasion lu un très consciencieux travail sur le rôle de l'angle colique gauche et l'importance prédominante des petites brides péricoliques.

Il a d'abord étudié les moyens d'attache et confirmé les recherches de Jonnesco ; il a étudié chez l'enfant, l'adulte et le vieillard le gros intestin qui présente des dilatations en rapport

avec un rétrécissement d'autant plus marqué qu'on avance en âge.

A ces considérations anatomiques, il a ajouté des considérations expérimentales et en conclut qu'une coudure ne suffit pas à créer une obstruction.

Cette obstruction s'explique selon lui par l'existence de petites brides dirigées perpendiculairement à l'axe du gros intestin et qu'on trouve surtout au voisinage de l'angle colique gauche. A son tour, M. *Walther* vient appuyer les dires de M. *Quénu* en apportant plusieurs observations de brides constatées dans le cours d'opérations pour appendicite chronique, mais il ne croit pas comme lui que dans le cas de M. *Terrier* il s'agit d'une bride péricolique.

Quant à M. *Routier*, il croit ces faits fréquents et dit qu'il faut toujours y penser.

A propos de deux cas d'obstruction intestinale par calcul biliaire envoyés par M. *Lévêque* (de Saint-Germain), M. *Rochard* (rapporteur) insiste sur le mode opératoire, qu'il avait recommandé avec M. *Kirmisson*, en 1892 : laparotomie médiane, incision de l'intestin sur le calcul, suture, et, si l'anse est menacée de sphacèle, entérectomie et anastomose latérale de l'intestin.

M. *Terrier* insiste sur les altérations de l'intestin et n'hésite pas à proposer la résection en cas d'infection.

M. *Gérard Marchant* a opéré un cas avec succès par entérotomie il y a deux ans ; de même M. *Reymond* il y a quelques jours dans le service de M. *Terrier*.

M. *Delorme* continue à nous démontrer par des présentations de malades les bons résultats de l'excision de la muqueuse rectale pour des hémorroïdes circulaires et la chute du rectum.

M. *Gérard Marchant*, revenant sur un sujet qui lui est cher et qu'il connaît très bien, a complété son opération de recto-coccypexie par la myorrhaphie des releveurs de l'anus qu'il a faite avec son élève *Lenormand* ; il en fait la description et l'historique.

Je m'appesantirai un peu plus sur des observations de **fièvres typhoïdes** compliquées de perforation intestinale, traitées par laparotomie et suivies de guérison que nous a envoyées M. *Chevalier* et sur lesquelles j'ai eu le plaisir de faire un rapport. Elles montrent qu'une opération précoce et bien faite peut être suivie de guérison. Cette question est toute d'actualité ; il était utile d'y insister.

M. *Ricard* y a ajouté deux faits, un lui appartenant, l'autre étant de M. *Hagopoff* (de Constantinople).

M. *Quénu* insiste à nouveau sur les bons résultats éloignés de l'extirpation du rectum cancéreux par voie abdomino-périnéale chez la femme. La même opération faite par M. *Riche* a donné un succès et a fourni à M. *Hartmann* (rapporteur) l'occasion de considérations anatomiques sur les rapports de la face antérieure du rectum chez l'homme et chez la femme.

A propos de deux observations de thrombo-phlébite de la veine mésaraïque supérieure avec gangrène de l'intestin grêle M. *Picqué* nous a lu un travail dans lequel il étudie les cas connus et la pathogénie de accidents qu'il attribue à la phlébite, opinion que conteste M. *Quénu* qui ne pense pas qu'une thrombose veineuse suffise, même dans l'intestin, à engendrer la gangrène.

M. *Rochard* nous a présenté une lésion rare, un kyste du pancréas. Le diagnostic en est difficile et la guérison difficile et longue ainsi que le prouvent les réflexions de MM. *Labbé*, *Tuffier*, *Ricard*, *Richelot*.

MM. *Quénu* et *Potherat* incrimineraient plutôt une hémorragie ou une infection par le liquide biliaire septique ayant fait irruption dans la poche.

Je signalerai à cause de son importance la note, rapportée par M. *Picqué*, que nous a lue le Dr *Devé* sur « la greffe hydatique obtenue à l'aide de l'inoculation des scolex ».

Elle prouve que les microscopiques scolex sont inoculables et peuvent reproduire des kystes hydatiques, contrairement à ce qu'on croyait autrefois.

La conséquence, c'est qu'il faut tuer les germes hydatiques dans le kyste avant de l'ouvrir, par une injection parasiticide préalable.

Le sublimé au millième et le formol au deux centième paraissent les substances les plus actives.

La **cholédocotomie** sans suture pour les calculs du cholédoque donne toujours des succès : une observation de M. *Piqué* et une de M. *Rochard* le prouvent.

Appareil génital de la femme. — *M. Walther* nous a fait sur une anomalie génitale une communication d'où il résulte qu'il n'est pas toujours exact de dire que les sujets sur le sexe desquels on doute soient toujours des hommes.

M. *Gérard Marchant* nous a décrit un nouveau procédé de cure des fistules périnéo et recto-vaginales, dont les éléments sont empruntés à M. *Segond* et à M. *Delorme*.

M. *Quénu*, dans un rapport sur un travail de M. *Cottin*, conclut que les complications qui surviennent du fait d'un utérus fibromateux gravide sont très rarement suffisantes pour légitimer une intervention radicale au cours de la grossesse. C'est aussi l'opinion de M. *Routier* et celle de M. *Delbet* qui nous dit, en outre, que l'hystérectomie dans le cas de grossesse à terme avec fœtus mort n'est pas plus difficile qu'une hystérectomie abdominale après césarienne préalable.

La gangrène des fibromes est-elle fréquente ou commune?

C'est une question à laquelle il a été différemment répondu.

M. *Quénu* croit que cette gangrène est rare; et si on la croit fréquente, c'est qu'elle a été confondue avec des dégénérescences par sclérose et dégénérescences granulo-graisseuses dans les quelles la vitalité est moindre; les fibromes peuvent quelquefois être infectés.

MM. *Michaux* et *Peyrot* ne font pas une distinction aussi absolue entre tous ces états qui sont très voisins les uns des autres.

M. *Bouilly* établit les trois catégories suivantes : 1° Troubles de nutrition ; 2° Infection simple; 3° Gangrène. Cette dernière atteint le seul fibrome sous-muqueux étranglé par le col utérin, à quoi M. *Hartmann* répond avoir vu des fibromes interstitiels gangrenés.

Si j'insiste sur une présentation de pièce de M. *Poirier* montrant une adénite paracervicale bilatérale symptomatique d'un cancer utérin, c'est pour montrer que l'existence des ganglions affirmée par M. *Championnière* et niée par M. *Sappey* est maintenant un fait établi.

Trois observations de M. *Chevalier* rapportées par M. *Picqué* sont venues confirmer les règles déjà établies de l'intervention rapide dans les grossesses tubaires rompues avec inondation péritonéale, et il insiste sur la difficulté de diagnostic avec l'appendicite aiguë qui peut quelquefois se poser.

M. *Legueu* cite en effet, deux cas où il s'est trompé.

M. *Delbet* nous lit un travail sur la *périnéorrhaphie par interposition* dans laquelle il fait ressortir la nécessité de rapprocher et

de suturer sur la ligne médiane les bords des releveurs de l'anus ; il pense que ce procédé n'a pas été décrit. M. *Ricard* emploie ce procédé depuis longtemps et le considère comme appartenant à la pratique courante. C'est aussi l'avis de M. *Richelot*, qui n'emploie pas d'autre procédé, mais le fait plus simplement, trouvant antichirurgicale parce que trop compliquée la recherche des bords des releveurs; il insiste à ce propos sur les grandes différences qui existent entre les déchirures du périnée, suivant qu'elles s'accompagnent ou non de prolapsus.

M. *Delanglade* applique la même méthode aux cystocèles vaginales.

Testicule. — Le traitement de l'ectopie testiculaire par la section de tous les vaisseaux du cordon spermatique a été l'objet d'une communication de M. *Mignon*, avec présentation de trois malades.

Il reconnaît qu'il a suivi dans ce cas le conseil de M. *Championnière*, mais celui-ci paraît se montrer moins enthousiaste de l'opération, et il met en garde contre les déboires de l'opération et contre la réascension du testicule dont l'ablation secondaire peut s'imposer à cause des douleurs qu'il peut déterminer; ces testicules descendus ne paraissent utiles que pour conserver le réflexe de l'érection, mais ils ne sont guère puissants.

M. *Sebileau* ne trouve pas bons les résultats de M. *Mignon*; tous les testicules qu'il présente sont atrophiés, et il en sera ainsi tant qu'on coupera tout jusqu'au canal déférent, ainsi que le démontraient, suivant lui, l'anatomie et l'expérimentation sur les animaux, car les artères du testicule sont terminales, et n'ont pas d'anastomose, à quoi M. *Moty* et après lui M. *Carlier* répondent en citant la thèse et montrant une figure de M. *Colle* qui décrit une anastomose à plein canal au niveau de la queue de l'épididyme entre les trois artères déférentielle, funiculaire et spermatique: elle ne manque qu'une fois sur dix et aussi dans les cas d'épididymite. Cette constatation est donc contraire aux affirmations de M. *Sebileau*.

On peut donc s'expliquer l'absence d'atrophie ; au reste, M. *Broca* ne trouve pas les testicules présentés par M. *Mignon* atrophiés.

MM. *Kirmisson* et *Bazy* sont d'avis que ces testicules peuvent être très bons, si l'opération est faite avant la puberté.

Tous ces auteurs, plus MM. *Delbet* et *Quénu*, considèrent le procédé de M. *Mignon* comme un pis aller, et même M. *Routier*, s'il ne pouvait pas descendre les testicules sans sectionner tout, sauf le déférent, aimerait mieux les rentrer dans le ventre, ainsi que le lui a appris un cas où il s'est ainsi comporté.

M. *Quénu* craint, en outre, que la section des nerfs, s'ils ne se

régénèrent pas, entraîne l'atrophie testiculaire tardive après avoir supprimé le réflexe de l'érection.

M. *Félizet*, s'appuyant sur de très nombreux examens histologiques des testicules ectopiés faits avec la collaboration de son élève *Branca*, repousse toute opération chez l'adulte, car elle est inutile, les éléments nobles de la glande étant atrophiés. Il accepte chez l'enfant qu'on tente la descente du testicule, mais jamais en faisant des sections aussi complètes que le veut M. *Mignon*; il préférerait dans ce cas la castration que repoussent MM. *Delbet*, *Broca*, *Championnière*; car il vaut mieux avoir un testicule atrophié que rien du tout.

Au demeurant, l'opération doit être, d'après M. *Mignon*, une opération exceptionnelle et non pas faite de parti pris : elle n'est faite que si l'abaissement ne peut être obtenu que de cette façon; cette opération était, du reste, indiquée chez tous ses malades, car il n'avait d'autre alternative que cette opération complexe ou la castration.

A propos d'un rapport de M. *Monod*, sur un travail de M. *Couteaud*, intitulé : « L'orchite par effort existe-t-elle ? » MM. *Bazy*, *Moty*, *Sebileau* et M. *Monod*, concluent que les prétendues orchites par effort sont des orchites infectieuses et que les autres accidents survenus après les efforts étaient ou de petites hémorragies ou des torsions du cordon.

M. *Moty* nous a préconisé l'opération de l'empyème par incision verticale postérieure. M. *Kirmisson* fait observer qu'il faut se méfier de l'obliquité des dernières côtes et qu'on peut ouvrir le péritoine croyant ouvrir la plèvre.

Appendicite. — On a vu quelquefois les plus grands événements naître de la cause la plus futile ; de même la discussion sur l'appendicite, que nous poursuivons encore, a eu pour point de départ, ainsi que M. *Richelot* l'a fait observer, une observation peu probante de M. *Legueu*.

Je ne veux pas déflorer le sujet, laissant à mon successeur le soin de résumer cette grande discussion qui aura pris fin sous son secrétariat, mais je ne puis m'empêcher de signaler les petites escarmouches qui ont précédé cette grande bataille où le plus gros de la troupe a été engagé.

Je signalerai pour la singularité du fait une auto-observation d'appendicite chronique fournie par M. *Moty*.

M. *Quénu*, qui n'est pas simpliste en matière d'appendicite et qui pense qu'il faut établir des catégories, nous a lu un travail sur l'adénopathie mésentérique dans les appendicites toxi-infectieuses,

et à ce propos il tente d'établir le diagnostic de l'appendicite infectieuse et gangréneuse, qui est, de toutes les formes, la plus grave et qui exige une intervention immédiate.

Ces cas s'accompagneraient d'adénopathie et cliniquement se traduiraient par l'extension de la zone douloureuse au palper du ventre; mais cette douleur doit être constatée dans les premières vingt-quatre heures; c'est ce qu'il dit formellement à M. *Walther* qui n'avait pas constaté cette douleur dans des cas de même ordre, ainsi qu'à MM. *Mignon* et *Broca.*

Tels sont, dans leur ensemble, les travaux qui ont sollicité votre attention : je n'oserais dire qu'ils l'aient toujours retenue.

J'en ai oublié quelques-uns involontairement, d'autres, je vous l'avouerai, volontairement. Mais je vous sais trop larges d'esprit pour m'en garder rancune, et trop charitables pour avoir voulu donner un surcroît de travail à votre secrétaire et le forcer à prolonger outre mesure l'audition de sa prose.

ÉDOUARD NICAISE

(1838-1896)

par M. PAUL SEGOND

Secrétaire général de la Société de chirurgie.

MESSIEURS,

Vous êtes à bonne école pour le savoir : l'homme ne vaut que par son énergie, son travail, et son caractère. Ce sont bien là les trois éléments constitutifs de la seule noblesse, comme de la vraie supériorité, et quiconque les trouve en son âme réunis, possède aussi bien le droit de caresser, en ce monde, les longues espérances, que d'attendre les lendemains glorieux. Par malheur, et sans autre souci de la justice dite immanente, le sort choisit encore des victimes parmi les hommes que leurs vertus fondamentales semblent désigner le mieux pour les luttes victorieuses. Notre ancien président Edouard Nicaise fut, hélas! un de ceux-là.

Doué de toutes les aptitudes intellectuelles et de toutes les vertus

morales qui devraient être les gages certains du succès, il n'a pu cependant que l'entrevoir, sans jamais le saisir. Durant de trop longues années, les défaillances de sa santé et l'attente inquiète de l'avenir ont troublé ses heures de joie possible ; pour continuer sa route quand même, il a dû s'imposer les plus douloureux efforts; enfin, lorsqu'est venue la mort, à l'heure où tant d'autres moissonnent ce qu'ils ont semé, il n'a connu, lui, que la décevante amertume d'emporter, en sa tombe, le secret de tout ce qu'il aurait sûrement fait encore d'utile et de bon.

C'est là, n'est-il pas vrai, calvaire bien pénible! et cependant, en dépit de toutes ces entraves, Édouard Nicaise n'a pas été seulement l'être de courage et de résignation, l'homme essentiellement honnête, dont tant d'amis, l'un des plus fervents l'a dit avec émotion, devaient garder au cœur « le souvenir calme, tendre et attristé »; il fut encore assez fort pour tenir sa place parmi nos chirurgiens les plus estimés, et pour laisser, en définitive, une empreinte scientifique dont l'importance fait grand honneur à sa mémoire. Ses travaux en sont l'indiscutable témoignage et le simple rappel que j'en ferai plus loin, montrera combien la valeur de l'homme de science fut réelle et grande. Mais avant, je dois, suivant l'usage, m'essayer à remplir la mission biographique plus intime que, chaque année, vous voulez bien confier à votre secrétaire général.

Jules-Édouard Nicaise est né le 10 mai 1838, à Port-à-Binson, petit village de 3 à 400 habitants, situé sur les bords de la Marne, à 2 kilomètres de Mareuil-le-Port, tout en face de Châtillon-sur-Marne. Son père, homme d'instruction moyenne, mais d'intelligence très ouverte, était l'un des derniers représentants d'une ancienne famille de cultivateurs installée à Igny-le-Jard, depuis le XVIIe siècle. Propriétaire, lui-même, de forêts assez étendues qu'il exploitait avec l'aide de l'un de ses neveux, M. Nicaise père avait épousé Mlle Rosalie Pérard, parente éloignée des Cliquot, et sans autre motif qu'un simple besoin de déplacement, il avait abandonné son village d'origine pour s'établir à Port-à-Binson.

C'est là que le jeune Nicaise vécut sa première enfance, et c'est à Mareuil-le-Port qu'il apprit à lire et à écrire, sous la sévère direction de M. Lindet, maître d'école du village. Sévère n'est peut-être pas l'adjectif convenant le mieux aux exigences de ce fort brave homme qui, plus tard, devait être si fier d'avoir commencé l'éducation d'un grand chirurgien. En tout cas, si le rôle pondérateur que ce bon M. Lindet pouvait exercer sur ses turbulents disciples, devenait tous les jours effectif, à l'heure matinale où les bambins arrivaient à l'école, chacun traînant la bûche ou la

branche exigée pour le poêle de la petite communauté, cette influence tutélaire n'avait qu'un temps, et, lorsque sonnait 4 heures, la bande joyeuse, enfin libre, s'envolait aux quatre coins du pays.

Ce qu'ils inventaient alors pour se dédommager des heures d'école, chacun le devine; et j'imagine que barboter au bord de la Marne les attirait beaucoup plus qu'une paisible promenade sur la jolie route de Châtillon, même s'ils avaient eu, déjà, la perspective d'y contempler la statue monumentale érigée depuis à la mémoire d'Urbain II, celui-là même qui prêcha la première croisade. Or, il paraît que le jeune Nicaise avait, lui aussi, un goût particulier pour les plaisirs nautiques et certain soir, il revint au logis, en tel état et si tard, que malgré le petit roman qu'il imagina pour faire croire à ses parents qu'il n'était pas trempé, mais qu'il avait simplement sué énormément, son départ pour le collège d'Épernay n'en fut pas moins décidé. Le jeune Nicaise avait alors neuf ans.

Cette nouvelle existence parut d'abord un peu dure à l'ancien élève de M. Lindet. Certes, l'étude du soir ne valait pas du tout les joyeux ébats le long des ruisseaux de Port-à-Binson, et l'ordinaire du collège ne rappelait que de fort loin les longs et succulents repas chez les grands-parents Pérard. Mais, plus d'une circonstance venait, atténuer ces quelques déceptions. Les sorties n'étaient pas rares et Port-à-Binson se gagnait en quelques bonds. La discipline du collège n'avait rien de trop excessif. Il paraît même qu'à certaines nuits, on savait rire et, plus d'une fois, le repos des maîtres y fut compromis par l'infernal bourdonnement des hannetons que les jeunes diables capturaient le jour, pour les lâcher sournoisement à l'heure du sommeil.

Et, de plus, le jeune Nicaise n'était-il pas le fils de l'un des hommes les plus considérés du pays? Commandant en chef de la garde nationale du canton, M. Nicaise père ne comptait que des amis ou des obligés. On vantait aussi sa grande tolérance et les vieux de Mareuil-le-Port se racontent encore les agapes joyeuses auxquelles leur ancien capitaine aimait tant à les convier. L'année même où le jeune Nicaise entrait au collège d'Épernay, correspond à l'une des plus fameuses. Les vendanges avaient été si belles que les tonneaux (heureuse époque!) valaient plus cher que le vin, et certain soir, le commandant permit à ses hommes d'en éventrer tant et tant, que l'aube du lendemain les trouva presque tous échoués sur les meules d'alentour.

Déjà, du reste, Nicaise était un sage; et sans récriminer le moins du monde, il se mit au travail résolument. Il continua là ses études, du mois d'octobre 1846 au mois d'août 1854. Durant

ces huit années, notre collégien eut à la vérité son jour de rébellion. Obsédé par les taquineries incessantes d'un camarade, pourtant sien cousin, et cédant à une susceptibilité native, qui plus tard, dit-on, le rendit parfois ombrageux, il opta pour une évasion libératrice, et, profitant, un beau jour, de la sortie des externes, il s'enfuit à travers champs. Ce fut le père de notre si regretté collègue Varnier, qui, revenant en voiture à Épernay, découvrit le fugitif blotti dans un buisson, excédé de fatigue et mourant de soif. Malgré sa passagère résistance, il le rapporta au collège, où il était lui-même professeur; et quelques jours de cachot furent la punition du coupable.

En fait de révoltes et de réprimandes, je crois bien que Nicaise n'en connut jamais d'autres; et le temps qu'il vécut à Epernay, fut, en somme, son vrai temps de calme et de bonheur. Il y trouva, de plus, les éléments d'une instruction première solide, et d'autant plus fructueuse, que sa grande mémoire et ses qualités de travailleur méthodique lui assuraient la conservation de ses premières connaissances.

En octobre 1855, Nicaise quitta Épernay pour entrer à Reims, en seconde sciences, et c'est peu après, qu'il fut, une première fois, arrêté dans ses études par le terrible mal dont les agressions répétées devaient empoisonner le reste de son existence. Cette pleurésie initiale, soignée par Hannequin et Landouzy père, fut suivie d'une rechute aux vacances suivantes, et par surcroît d'une fièvre typhoïde qu'il contracta auprès de sa mère. La sœur de Nicaise, devenue depuis Mme Camus, fut, elle aussi, contaminée.

En même temps que sa santé le mettait à première et si rude épreuve, Nicaise eut à subir le chagrin profond que lui causa la mort de son père, chagrin d'autant plus cruel, que cette mort brusque d'un homme de cinquante ans, plein de force et de vie, fut la suite d'une chute de voiture. L'accident s'était produit dans la journée du 24 mai 1856. Mme Nicaise mère, renversée en compagnie de son mari, et relevée toute ensanglantée par une plaie de tête assez profonde, ne devait jamais s'en ressentir; mais, hélas! M. Nicaise, qui semblait sain et sauf, mourait subitement la nuit suivante.

Cependant, à la suite de ces douloureux événements, la santé de Nicaise se rétablit peu à peu et lui permit de reprendre ses études avec l'idée, cette fois arrêtée, de faire sa médecine. Non par vocation particulière, mais parce que son père lui avait dit, peu de temps avant de mourir, qu'il le verrait avec plaisir médecin. Nicaise lui obéit d'autant plus volontiers que, par nature, il avait une prédilection marquée pour les études scientifiques, et dès

qu'il eût terminé ses humanités, il prit ses inscriptions dans cette vieille École de Reims, où tant de maîtres éminents ont fait leurs premières armes.

Étudiant en médecine, Nicaise ne pouvait manquer de s'élever tout de suite au rang des plus laborieux. Son exactitude aux visites matinales du vieil hôpital, la méthode et l'attention méticuleuse dont il faisait preuve dans l'accomplissement de ses fonctions de stagiaire, puis d'externe, aussi bien que dans ses moindres travaux, lui valurent les grandes préférences de ses chefs, notamment de Landouzy et de Galliet. Jusqu'à la fin de sa vie, Nicaise aima rappeler l'influence salutaire que ces deux grands praticiens avaient exercée sur ses connaissances cliniques.

Parmi ses autres maîtres, Strapart l'affectionna particulièrement, et c'est avec une douce émotion qu'ils se retrouvèrent tous deux, lorsque Nicaise, en 1895, eut l'honneur de présider la séance de réouverture de son ancienne École. Quant aux camarades, devenus et restés tous des amis fidèles, ils s'appelaient Henrot, Cocteau, Duguet, Victor Lemoine. On travaillait bien tous les jours, puis, le soir venu, on se réunissait souvent dans le petit rez-de-chaussée que Nicaise habitait place Saint-Rémy, non pas seulement pour y deviser plus ou moins joyeusement, mais aussi pour y consulter la bibliothèque fournie que le propriétaire du lieu avait eu déjà le soin de se créer.

Ces quelques années Rémoises furent très utiles à Nicaise. Peu disposé, par tempérament, à se préoccuper beaucoup des pompes de Satan et de ses œuvres, il pouvait, mieux que personne, mettre à large contribution les trésors d'enseignement que, dans leur silence et leur recueillement, les Écoles de province livrent si généreusement aux débutants de notre art. Aussi bien, son instruction médicale était-elle solide et son expérience clinique déjà grande, lorsqu'il vint, en 1859, affronter, à Paris, la classique série des concours; et c'est pour cela qu'il put, sans encombre, en franchir victorieusement les premières étapes.

Externe de 1860, interne l'année suivante, dans la même promotion que Cocteau, Damaschino, Labéda, Julliard, Hennequin et Duguet, il se fit nommer prosecteur des hôpitaux en 1868. Sa thèse inaugurale sur les *Lésions de l'intestin dans les hernies* est de 1866, et c'est peu après sa soutenance, qu'il se rendit à Amiens, pour soigner les cholériques. L'épidémie qui décimait alors cette ville fut, on le sait, des plus meurtrières. On compta 1.800 morts en quelques semaines. Nicaise partit seul comme médecin, en compagnie de quelques internes qui se nommaient : Liouville,

Bourneville, Thoyau, Duprat, Peulevé, Raymond et Culot. Est-il besoin de vanter, ici, leur attitude devant le fléau? Non certes. Ils se conduisirent tous comme le veulent les commandements les plus élémentaires de notre profession, et Nicaise en particulier, ne ménagea ni son temps, ni ses peines. Après quelques semaines passées à Amiens, puis dans la Nièvre, il revint à Paris et consigna, dans un rapport très remarqué, le résultat de ses observations sur la terrible épidémie qu'il venait de vivre lui-même, si courageusement et si utilement.

Les qualités de dévouement dont il fit preuve, en cette circonstance, devaient être bientôt mises à nouvelle épreuve par notre grande et terrible guerre. Lorsqu'elle éclata, Nicaise venait d'épouser la nièce de l'un de nos plus grands manufacturiers de l'Est. Après le mariage, qui fut célébré à Berne, les deux nouveaux mariés étaient partis pour l'Italie, et c'est à Venise que la sinistre nouvelle vint les surprendre. Le retour à Paris fut aussitôt décidé, et Nicaise vint, avec sa jeune femme, s'installer, 37 boulevard Malesherbes, dans l'appartement qu'il ne devait plus quitter. Nommé chirurgien des ambulances de la Presse, où ses services lui valurent la croix, il fit comme tant d'autres tout son devoir et resta sur la brèche, jusqu'au dernier jour de cette lugubre époque.

Aussitôt après, et mal reposé des fatigues qu'il venait de s'imposer, Nicaise reprit la préparation des deux concours qui lui restaient à subir : le bureau central et l'agrégation. On sait qu'à cette époque, le titre de prosecteur donnait la presque certitude de franchir, sans faux pas possible, ces deux échelons derniers. Il voulait dire, tout à la fois, qu'on avait l'instruction générale nécessaire à l'enseignement et qu'on était rompu aux exercices de médecine opératoire qui semblaient, en ces temps devenus très brumeux, l'apprentissage indispensable de tout vrai chirurgien. Le prosecteur Nicaise était donc bien sûr d'arriver au but.

Le malheureux comptait sans les trahisons de sa santé, et lorsque vint, en 1872, le concours d'agrégation qu'il abordait pour la deuxième fois, c'est en pleine poussée pleurétique, la respiration haletante, la voix éteinte, et le thorax blindé de vésicatoires, que Nicaise dut se faire transporter à la Faculté, sur un brancard, pour faire sa dernière et décisive épreuve. Son mal de 1855 l'avait ainsi brutalement ressaisi, au moment même où l'intégrité de ses forces lui eût été si précieuse. Ceux qui eurent ce douloureux spectacle devaient en garder toujours la pénible impression. Nos maîtres Tillaux et Duplay, alors membres du Jury, avec Gosselin, Broca, Dolbeau, Pajot et Larrey, ne l'ont sûrement pas oublié.

Quant à ses amis, et deux des plus intimes, Terrier et Périer ne

sont ici que trop documentés, ils ne peuvent, aujourd'hui encore, rappeler, sans une poignante émotion, les incidents de ce concours tristement célèbre; raconter notamment la nuit durant laquelle Nicaise dut écouter, dans son lit, leurs conseils, lire leurs notes, arrêter, enfin, le plan de son argumentation du lendemain; dire, en un mot, tout ce qu'il fallut à leur vaillant camarade d'endurance et de courage, pour tenir bon jusqu'au bout et sortir victorieux de cette lutte si cruellement inégale. Nicaise fut classé le deuxième sur la liste de nomination, après Terrier, avant Delens, Benjamin Anger et Charpentier.

Après cette épuisante épreuve, un assez long repos fut obligatoire, mais peu à peu, les forces revinrent, et Nicaise put enfin se faire nommer chirurgien du bureau central au concours de 1874. L'administration le désigna aussitôt pour remplacer L. Labbé, durant les vacances de cette même année. J'étais précisément stagiaire dans le service de ce maître très aimé et, bien entendu, en bon candidat futur, je ne négligeai rien pour m'attirer les bonnes grâces du nouveau chef. La tactique à suivre était d'ailleurs simple. Se tenir à sa place, arriver à l'heure, prendre de topiques observations, soigner doucement les malades et surtout faire des pansements méticuleux. S'efforcer, en un mot, d'imiter le maître, et qui voulait s'y appliquer un peu, réussissait sûrement.

J'en ai fait, pour ma part, l'expérience, et j'imagine que si Nicaise me nomma si volontiers premier externe la même année et plus tard, chirurgien du bureau central, j'ai dû son vote, peut-être moins aux épreuves que j'ai pu commettre en 1874 et en 1883, qu'aux observations détaillées, aux renversés savants et aux imbrications artistiques des pansements au diachylon de son ancien stagiaire. En tout cas, avec tous mes camarades de l'époque, j'ai gardé du passage de Nicaise à la Pitié un souvenir précieux dont je suis très heureux de pouvoir m'inspirer aujourd'hui.

De haute stature et taillé comme les robustes, son habitus extérieur n'en portait pas moins l'empreinte du mal qui, par deux fois, l'avait si durement éprouvé. Sa démarche un peu compassée, sa manière de se tenir droit et surtout de vous aborder par une sorte d'oscillation oblique, avec propulsion d'une épaule en avant, et rotation de la tête dans le même sens, la lenteur calculée de ses mouvements, le timbre voilé de sa voix, le rythme de sa diction trahissaient son instinctif besoin d'éviter toutes les causes de précipitation respiratoire ou d'excitation nerveuse. Et cependant, son calme visage dont une barbe déjà blanche émoussait la carrure un peu anguleuse, restait doucement souriant. Ses yeux bleus et clairs regardaient bien en face, et malgré la pâleur du

teint, malgré les rides précoces des tempes et du front, ils avaient conservé une jeunesse particulière.

Tout cet ensemble lui donnait un aspect très personnel qu'il a, du reste, transmis avec une émouvante fidélité à son fils Victor, devenu, vous le savez, notre jeune confrère. Au point de vue de l'attitude générale, de la pose de la tête et de l'épaule, du sourire, du geste, voire même de certaines intonations, la ressemblance est, en vérité, frappante. Plus tard, la physionomie de Nicaise devait être profondément modifiée par les outrages de la souffrance et les longues insomnies ; mais elle garda toujours cette expression particulière de tranquille sérénité qui, tout de suite, inspirait estime et confiance. J'ai cependant préféré la retenir et m'efforcer de la dépeindre telle qu'elle était, à l'époque trop lointaine où j'avais le privilège de pouvoir apprécier, moi-même, les grandes qualités de ce Maître sympathique, son grand bon sens clinique, et l'affectueuse bienveillance dont il savait entourer ses élèves pour les instruire, les conseiller ou les soutenir. Il possédait, en particulier, le don des encouragements discrets et quand on avait réussi quelque chose, il avait une façon douce et calme de vous dire : « c'est bien », qui portait sûrement mieux que beaucoup de manifestations plus exubérantes, mais moins réfléchies.

Son temps de bureau central une fois expiré, les services chirurgicaux des Incurables (1876), des Petits-Ménages (1877), de Bicêtre (1878), et de Lourcine (1879), lui furent successivement confiés, et c'est en 1880 qu'il put enfin, s'installer définitivement à Laënnec.

Pendant les cinq années qui suivirent, son activité fut extrême. Caressant l'espoir de fonder une Ecole de bonne et sage Chirurgie, il ne négligea rien. Ponctualité parfaite, création d'un Musée pour l'instruction des élèves, cliniques très préparées et, du reste, fort suivies, tout fut mis en œuvre et le nom seul des hommes distingués que Nicaise sut grouper autour de lui, comme internes, montre que son rêve n'avait rien de chimérique. Plusieurs sont aujourd'hui nos collègues et tous lui font honneur.

Par malheur, ces beaux commencements devaient être sans lendemain. En 1885, Nicaise retomba malade et cette fois, pour ne plus jamais retrouver les forces et l'activité que l'exercice de la chirurgie nécessite de plus en plus. Devant la fatalité qui lui barrait ainsi la route, il ne voulut pas désarmer sans livrer un dernier combat, et, dans un suprême effort, il fit tout pour lutter quand même. Condamné aux longues insomnies par d'intolérables névralgies, la fièvre ou des accès de suffocation, il en pro-

fitait pour lire et corriger ses notes, puis, le matin venu, il se levait chancelant, se faisait vêtir plus tôt qu'il ne s'habillait lui-même et, se raidissant avec un sublime courage, il retrouvait sa physionomie paisible pour se rendre à l'hôpital où ses yeux battus pouvaient, seuls, trahir la cruauté des douleurs endurées et l'énergie dépensée pour les vaincre. Pareil duel ne pouvait toutefois durer, et bientôt Nicaise, à bout de forces, dut, se rendre à la cruelle évidence.

A ce triste et dernier tournant de sa vie, quelles ne furent pas ses angoisses et l'amertume de ses désillusions! Mais Nicaise possédait une philosophie grande, il la retrouvait aux heures les plus dures de sa vie, et mettant en pratique le précepte sublime de l'*Imitation du Christ* dont il avait fait son livre de chevet, sans doute pour y retremper encore son courage, il sut toujours « supporter sans murmure les misères de cette vie ». Nicaise prit donc, avec résignation, le seul parti qui s'offrait à lui, il abandonna la chirurgie active. Faisant appel au concours successif de nos collègues Gérard Marchand, Routier et Pierre Delbet, il leur confia son service durant la plus grande partie de l'année et passa tous ses derniers hivers à Nice.

En même temps et pour mettre à profit ses loisirs nouveaux, il orienta désormais ses recherches et ses travaux vers l'histoire de la Chirurgie. Verneuil lui en avait donné le conseil et fut, dans cette circonstance, très justement inspiré. Nicaise réunissait, en effet, toutes les qualités voulues pour mener à bien ce genre d'étude. Latiniste érudit, bibliophile raffiné, les questions d'histoire avaient toujours eu pour lui un attrait particulier. Les notes minutieuses prises dès le collège l'attestent, et depuis, il n'avait jamais cessé de travailler dans le même sens, avec autant de suite que de méthode. Il se trouvait ainsi merveilleusement préparé pour devenir très vite un maître et le succès qui, sans retard, accueillit ses publications fut, à sa peine, un premier et très doux adoucissement.

Peut-être même y trouva-t-il plus encore. Au fur et à mesure qu'il s'engageait davantage dans ses recherches, il y découvrait des séductions nouvelles, tellement que peu à peu, Nicaise s'était comme détaché de son temps pour vivre dans le passé. Il y avait ses amis comme ses héros. Guy de Chauliac fut l'un de ses élus. Il l'appelait famillièrement « Guy », « ce bon Guy », « ce brave Guy ». Non seulement il était arrivé à se persuader qu'on trouvait tout dans son livre, mais il savait, à n'en pas douter, ce qu'il aurait pensé, dit ou fait dans toutes les circonstances. Il l'évoquait à chaque instant, parfois d'une manière fort imprévue, et, suivant la fine remarque de son élève Delbet, « c'était un spec-

tacle d'une réelle grandeur que la familiarité de ce mourant avec un mort ».

Et puis, nous en avons, du moins, la consolante pensée, si réelles qu'aient pu être ses convictions sur la faillite irrémédiable de sa santé, il n'adorait pas moins la vie, « il l'aimait quand même » comme l'a dit son ami Bouchard. En tous cas, il luttait éperdument pour la conserver et peut-être n'a-t-il jamais désespéré tout à fait. Tant d'assauts l'avaient laissé vivant qu'il ne se croyait pas incapable d'en subir encore quelques autres. Douce et tutélaire illusion qui lui permit au moins son dernier rêve : monter un jour dans la Chaire d'histoire de la médecine et, chose plutôt curieuse de nos jours, y rester jusqu'à la fin de sa carrière. Le conseil de Verneuil avait ainsi porté ses fruits. Les « nouveaux amis » de Nicaise, pour employer l'heureuse expression de Bouchard, tous les vieux maîtres qu'il s'était plu à faire si glorieusement revivre, s'étaient montrés reconnaissants. Ils lui avaient rendu la joie de vivre, la satisfaction d'être utile et un peu de ce précieux trésor qu'on nomme l'espoir.

Après cette courte trêve, Nicaise retrouva bientôt le malheur. Le 18 avril 1892, le plus jeune de ses fils succombait à seize ans, aux suites d'une fièvre septique dont les premières atteintes s'étaient manifestées à Nice. Terrassé par la perte de cet enfant plein de charme et de fine intelligence, le malheureux père ne devait plus jamais se relever. Quand vint l'été de 1896, il dut confier à notre collègue Delbet le soin de faire à sa mère, alors âgée de soixante-dix-neuf ans, une opération d'une certaine gravité dont la perspective, la préparation et l'exécution furent une épreuve, que ses forces déjà si chancelantes ne purent supporter. Pendant les quelques jours qu'il passa à Port-à-Binson pour surveiller la convalescence de cette opérée si particulièrement chère, il prit froid, on dut le ramener à Paris et, deux semaines après, le 31 juillet 1896, un peu avant midi, il rendait son dernier soupir.

Nicaise avait cinquante-huit ans; il est mort avec la pleine connaissance de sa fin, sans une plainte, calme, presque souriant, pensant à tout, songeant à tous et n'ayant aux lèvres que des consolations pour les êtres chers qui l'entouraient : sa femme, son fils Victor et notre collègue Legendre. Telle vaillance n'était, du reste, que l'expression dernière du stoïcisme dont toute son existence porte la marque sublime. Nicaise est mort comme il avait vécu, avec dignité, bravoure et résignation.

S'il m'a été donné d'être simplement exact dans le récit de cette existence un peu monotone, mais noble entre toutes, je ne

pense pas qu'il soit difficile d'en déduire ce que fut Nicaise comme homme et comme chirurgien.

Honnête homme dans la plus haute acception du mot, il arrivait même parfois à l'excès dans son constant besoin de rectitude : tout lui paraissait grave et il traitait tout gravement. La rigidité de ses principes et son intransigeante austérité, s'alliaient toutefois à des qualités de cœur et d'esprit dont on ne saurait trop vanter les attachantes séductions. Très fin, spirituel à ses heures, et parfois un peu sceptique dans ses jugements, il avait aussi ses instants de gaieté et dans l'intimité, son commerce était des plus attrayants. Son amabilité courtoise, sa mansuétude, son impassibilité sereine, étaient inaltérables, et, même à ses instants de plus grande souffrance, les récriminations vaines lui étaient inconnues. Son permanent souci d'éviter l'inquiétude à ceux qu'il aimait, se voyait surtout quand, discrètement, on lui parlait de sa santé. Sa réponse, en effet, s'efforçait d'être rassurante toujours, et ses amis les plus intimes ne purent guère mesurer jamais les rancœurs de son âme, qu'à l'impressionnante et mystérieuse mélancolie de son sourire.

Tendrement aimé par tous les siens, son impeccable droiture lui avait acquis la profonde estime de ses pairs. La valeur et le nombre des amis fidèles qu'il avait eu le privilège de s'attacher, disent mieux que tous les discours la sûreté de ses relations et l'élévation de sa pensée. Ses maîtres Gosselin et Alphonse Guérin, l'affectionnaient beaucoup; Damaschino, Legroux, pour ne parler que de ses amis de carrière, étaient de ses plus fidèles; et, à cette heure, il suffit d'interroger des hommes comme Bouchard, Terrier, Périer, Julliard, Labéda et plusieurs autres que j'oublie, tous servants de l'honneur et par conséquent sévères dans les choix de leurs cœurs, pour savoir à quel point les regrets laissés par Nicaise sont grands et sincères. De leur côté, ses élèves ne le prisaient pas moins, et tous aiment à redire ses mérites. Ses malades, enfin, comme tous ceux, petits ou grands, qui ont eu besoin de mettre à l'épreuve sa bonté ou son dévouement, savent à quel point ces deux vertus lui étaient familières.

Ajouterais-je que Nicaise était avant tout un homme d'intérieur et que les plaisirs du monde le laissaient plutôt froid? Avec tout ce qui précède, le contraire ne pourrait que surprendre. Il goûtait, sans doute, la bonne musique, bonne pour lui, seulement quand elle était classique. Il prenait aussi plaisir aux voyages, et celui qu'il fit en compagnie de ses amis Terrier et Périer, pour aller voir Lister, était motif à ses récits préférés. Il aimait surtout revoir Port-à-Binson et retrouver avec des parents affectionnés, les meilleurs souvenirs de sa jeunesse. Il avait ses promenades

de prédilection et des amis très chers, notamment M. Leclerc, un ancien magistrat qui, n'ayant pas su mettre sa montre à l'heure de son temps, avait dû prendre une retraite précoce. Il habitait Châtillon, et Nicaise, durant ses passages au pays, se faisait une joie quotidienne d'aller causer avec lui. Mais, ce furent bien là, je crois, ses uniques distractions, et rien ne valut jamais pour lui les longues lectures et les calmes soirées passées auprès de sa femme et de ses deux fils.

Au point de vue scientifique et chirurgical, Nicaise fut avant tout un consciencieux, un méthodique et même un méticuleux. Non pas, sans doute, à la manière de ceux qui, pour comprendre la nature, se placent en face d'un vaste horizon, pour y compter les brins d'herbe, mais il n'avait pas moins l'amour excessif du détail, et peut-être cette tendance particulière mit-elle parfois obstacle à sa parfaite ascension vers les questions générales qui, cependant, l'attiraient beaucoup. Il éprouvait, en même temps, un grand désir de progrès, et, s'il ne se décidait à essayer les choses nouvelles qu'après mûres délibérations, il avait, en revanche, le mérite de les accueillir toujours avec le plus grand empressement. Sa pratique s'en est heureusement ressentie. Il fut un des premiers et des plus fervents adeptes de la chirurgie propre. Le professeur Terrier, qui l'assista dans plus d'une opération difficile, le reconnaît lui-même, en termes non équivoques, dans une notice bibliographique, où le caractère de son ancien ami se trouve dépeint avec une justesse de touche tout à fait remarquable.

Nicaise, d'ailleurs, opérait bien. Ses doigts un peu longs, habiles, prudents, se plaisaient surtout aux opérations délicates et aux sutures précises. Très amoureux de son art, il était particulièrement soucieux de l'intérêt de ses malades. A l'hôpital, comme en ville, il les suivait avec une extrême sollicitude, et les beaux succès qu'il sut obtenir pendant la période active de sa vie, lui furent une récompense légitime et très douce. D'autant que Nicaise avait été élevé au milieu des désastres de l'ancienne chirurgie, et, sa nature aidant, la moindre réunion par première intention lui causait plus que de la joie, c'était de l'épanouissement. Il n'est, du reste, que très juste de le rappeler, les impeccables réunions n'étaient pas, à l'époque, monnaie courante, et lorsqu'il put faire, en 1881, par exemple, une communication intitulée : « Hydarthroses rebelles des deux genoux. Arthrotomie antiseptique. Guérison », il avait tout au moins le droit de se féliciter.

Ce n'est pas toutefois comme chirurgien actif et militant que Nicaise pouvait, on le conçoit, donner sa juste mesure. Si grande

qu'aient pu être ses aptitudes dans cette direction, sa fragile santé ne lui permettait évidemment pas d'en tirer bien fructueux parti, et pour savoir ce qu'il y avait en lui de meilleur et de parfait, c'est à son œuvre écrite qu'il faut le demander. Or, ici, la réponse n'est pas douteuse. Toutes les publications de Nicaise portent, à chaque page, l'empreinte d'une remarquable érudition, d'une conscience scientifique scrupuleuse, et d'un sens critique impartial autant que mesuré. S'il est vrai qu'on a souvent les défauts de ses qualités, Nicaise avait, lui, les qualités, je n'ose pas dire, de ses défauts, mais si l'on veut, des tendances particulières de son esprit toujours en quête des moindres finesses et méticuleux à l'excès. Il avait, par cela même, l'horreur des productions hâtives et travaillait lentement ; mais tout ce qui sortait de sa plume n'en possédait que mieux les saveurs de la précision, de la coordination et de la plus sévère documentation.

Pour les mêmes raisons, il ne prenait jamais la parole qu'à bon escient, et beaucoup, parmi nous, se rappellent la courtoisie de ses argumentations remarquables, non point peut-être par la variété des aperçus, mais sûrement par l'intangible ténacité de l'orateur, quand il croyait tenir la vérité. Nommé membre titulaire de notre Société en 1874, secrétaire annuel en 1882, il n'a jamais cessé, jusqu'à sa présidence qui date de 1890, de s'intéresser à vos travaux et de vous donner sa productive collaboration.

Ses rapports travaillés ; tout ce qu'il a dit à cette tribune : sur les kystes dermoïdes, les tumeurs fibreuses de la paroi abdominale, la chirurgie des nerfs, les myosides infectieuses, les abcès séreux, le génu valgum, les résections sous-périostées, les synovites à grains bordéiformes, la laryngotomie inter-cricothyroïdienne, l'opération d'Estlander et l'étranglement herniaire méritent notamment d'être signalés.

D'autres Sociétés savantes, et surtout la Société anatomique lui doivent nombre de communications intéressantes. A l'Académie, dont il franchit les portes seulement en mars 1894, après la mort du professeur Léon Lefort, son trop court passage ne lui permit guère de se faire beaucoup remarquer, et cependant, ses travaux sur les hygromas tuberculeux et sur l'aération permanente par la fenêtre entrouverte furent très goûtés.

Les articles qu'il a publiés dans la Gazette médicale de Paris; dans la Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie qu'il avait fondée avec Charcot, Ollier, Parrot, Verneuil et Lépine; puis dans la Revue de chirurgie, dont il avait pris la direction avec le professeur Terrier, forment un lot scientifique important.

Ses recherches sur l'hémostase, les transplantations cutanées, le pansement ouaté, la nécrose aseptique, les hémorrhoïdes, le

tétanos, les fractures ouvertes, la mastite douloureuse de l'homme, ou l'emphysème du cou par rupture de la trachée pendant l'accouchement ; ses articles bras, ombilic, et hernie obturatrice du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, son important Mémoire sur les maladies chirurgicales des nerfs et son livre sur l'antisepsie dans la pratique de la chirurgie journalière, méritent non moins grande considération.

De leur côté, ses trois thèses (thèse inaugurale de 1868 sur les lésions de l'intestin dans les hernies, publiée sous l'inspiration de son maître Gosselin; thèse d'agrégation de 1869 sur le diagnostic des maladies de la hanche, travail intéressant qui indiquait déjà une maturité exceptionnelle pour un homme de trente ans; thèse d'agrégation de 1872 sur les plaies et la ligature des veines) appartiennent, on peut le dire, à nos meilleurs documents classiques.

Les études d'anatomie pure ne pouvaient manquer, elles aussi d'attirer l'ancien prosecteur, et Nicaise a laissé quelques travaux de sérieuse valeur sur l'anatomie de la paroi abdominale, sur la muqueuse du larynx et surtout sur la physiologie de la trachée et des bronches. Nicaise attachait avec raison beaucoup d'importance à ce dernier Mémoire, très travaillé, basé sur de nombreuses expériences et fort déductif.

Toutes ces publications de grand intérêt ont enfin pour complément ou pour couronnement vraiment superbe ses travaux sur l'histoire de la chirurgie. Sans parler des articles que Nicaise a publiés soit en plaquettes isolées, comme son étude si curieuse sur les premiers statuts des chirurgiens de Paris, soit dans la Revue scientifique, l'Union Médicale du Nord-Est ou la Revue de Chirurgie, articles dont on retrouvera l'indication dans la liste de ses travaux, je veux seulement rappeler ses trois œuvres maîtresses :

La *Chirurgie de Pierre Franco* (*de Turriers-en-Provence*), précédée d'une introduction historique et de l'histoire du Collège de chirurgie.

La *Grande Chirurgie, de Guy de Chauliac*, véritable travail de Bénédictin qui lui demanda un nombre considérable de recherches longues et laborieuses.

La traduction de l'*œuvre de Henri de Mondeville chirurgien de Philippe-le-Bel*, homme étonnant qui méprisait avec tant d'insistance les opérateurs ambulants et autres charlatans parmi lesquels se trouvaient, parait-il, « *nombre d'étrangers, les uns meurtriers, les autres voleurs de grands chemins, quelques-uns faux-monayeurs, d'autres vagabonds et libertins, dupeurs, alchimistes, usuriers* », et

qui, dans le plus ancien de nos traités français de chirurgie. déclare déjà, qu'à l'exemple de son maître Théodoric, il ne veut plus de la suppuration chère à ses devanciers, que l'air est la cause principale de cette suppuration, qu'il faut enfin, réunir les plaies, les suturer et les panser avec le vin comme topique de choix.

Nicaise, du reste, ne devait pas en rester là, et, quand la mort l'a frappé, il préparait une très complète histoire générale de la chirurgie française qui eut été, sans aucun doute, la consécration définitive de sa renommée d'historien.

Telle qu'elle est, son œuvre n'est pas moins digne d'admiration. Ses publications soignées et complètes font époque dans cette branche de notre art. Elles lui garantissent la gratitude des chirurgiens érudits et des hommes convaincus que le vrai progrès n'a pas toujours, pour uniques assises, les innovations qu'il réalise, mais qu'en bien des circonstances il doit être, en quelque sorte, un prolongement continuant et absorbant des progrès antérieurs.

Cette analyse de la vie scientifique de Nicaise serait incomplète si j'omettais de la terminer en vous rappelant son rôle comme Membre du Conseil de surveillance. Pendant les huit années (1879-1887) durant lesquelles sa santé lui a permis de remplir le mandat que sa dignité, son amour des justes causes et son horreur de toute compromission lui méritaient si hautement, il n'a pas cessé de combattre les bons combats. Les rapports qu'il fit successivement : Sur l'installation de la chaire de clinique des maladies des enfants à l'hospice des Enfants-Assistés (1879) ; sur un projet de nourricerie pour les enfants syphilitiques (1879) ; sur l'organisation des écoles d'infirmiers et d'infirmières (1881) ; sur le service des surveillantes et des suppléantes (1882); furent particulièrement appréciés.

Vous n'avez pas oublié, non plus, combien il s'est toujours montré soucieux de nos prérogatives et vous savez, en particulier, toute la perspicacité dont il a fait preuve de 1879 à 1882, en dénonçant, avec une persévérance digne d'un meilleur sort, tous les dessous de la campagne qui se menait alors pour arriver à créer des accoucheurs spécialistes et à retirer les services d'accouchement aux chirurgiens. Nicaise a échoué : les polémiques de Lucas-Championnière, les efforts de quelques autres défenseurs de nos traditions hospitalières ont subi le même sort ; l'influence et les argumentations des hommes comme Lanessan ou Bourneville l'ont emporté... cela va de soi.

J'imagine cependant, que si Nicaise vivait encore, il aurait tout

au moins la satisfaction de voir qu'il n'avait pas eu tort sur tous les points et que si les vrais accoucheurs ont su réaliser les fructueuses promesses inscrites à leur programme, il se pourrait bien aussi qu'on soit, à l'hôpital comme ailleurs, du reste, devenu singulièrement moins difficile sur les garanties à remplir pour faire de la chirurgie. Ce sont là, je le sais, très vieilles choses, c'est presque du Guy de Chauliac, mais ces vieilles choses ont tout au moins le mérite de faire un instant revivre l'activité, le dévouement et la ténacité vaillante dont votre ancien représentant vous a, sans jamais compter, donné tous les témoignages.

Telle fut l'existence de cet homme scrupuleusement honnête, dont l'honneur fut la religion suprême ; telle est l'œuvre de ce travailleur acharné, de ce véritable savant. Son héritage chirurgical n'est point peut-être parmi ceux que les éloges de toutes les Académies guettent à l'envi. Nicaise n'eut pas l'ambition des découvertes sensationnelles ou des bouleversements extraordinaires. Sa traversée humaine s'effectua digne et calme, sans orages ni tempêtes. Il ne connut ni les troublantes étreintes des succès retentissants, ni les ivresses des bruyantes renommées, et sa figure en ce monde ne fut pas de celles que des traits puissants et profonds désignent à toutes les auréoles.

L'image que nous gardons de son caractère et de sa personne n'a rien à voir, en vérité, avec tous ces éclats. Les contours en sont comme estompés et sans vigueur saisissante, mais qu'importe! L'image n'est pas moins pure et la force d'âme qu'elle symbolise, lui donne tant d'imposante noblesse qu'elle se détache, lumineuse, au milieu des plus belles. Notre ancien président avait donc bien tous les droits à notre dernier salut. Quant à nous, puissé-je l'avoir clairement montré, nous resterons fiers, toujours, d'avoir compté dans nos rangs un homme qui a su marquer si haut sa place parmi les plus dignes, et nous laisser, comme l'a dit son ami Terrier, la consolation de donner sa vie comme un exemple étonnant de la ténacité dans le travail, du courage stoïque et de l'honnêteté professionnelle.

Prix décernés en 1902.

(Séance annuelle du 4 février 1903.)

Prix Marjolin-Duval (300 francs). — Le prix est décerné à M. Robert Loewy, ancien interne des hôpitaux, pour sa thèse inaugurale, intitulée : *Méthode des Greffes Péritonéales.*

Prix Laborie (1.200 francs). — Le prix est décerné à M. Charles Lenormant, ancien interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté de Médecine, pour son travail institulé : *Causes et traitement opératoire du prolapsus du rectum.*

Prix Ricord (300 francs). — Le prix est décerné à MM. Mally et Richon, pour leur travail sur « *la fracture de Dupuytren* ».

Prix à décerner en 1903.

(Séance annuelle de janvier 1904.)

Prix Marjolin-Duval (300 francs). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1903.

Prix Laborie (1.200 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie. Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes, et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Prix Demarquay (700 francs). — Le sujet proposé est : *Des pleurésies purulentes enkystées.*

Prix Gerdy (2.000 francs). — Le sujet proposé est : *La chirurgie du cœur.*

Les manuscrits destinés aux prix Demarquay et Gerdy doivent être anonymes, et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents devront être déposés avant le 1er novembre 1903.

Prix à décerner en 1904.

(Séance annuelle de janvier 1905.)

Prix Marjolin-Duval (300 francs) et Prix Laborie (1.200 francs). — Pour ces deux prix, voir les conditions ci-dessus.

Prix Ricord (300 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre société. Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés.

Les travaux des concurrents doivent être adressés au secrétaire général de la Société de Chirurgie, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1904.

Pour le secrétaire annuel,

A. Broca, archiviste.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1903

Présidence de M. Kirmisson.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques des deux dernières semaines.

A propos de la correspondance.

M. Picqué dépose, sur le bureau, le *Compte rendu du Quinzième Congrès de Chirurgie.*

M. le Président remercie M. Picqué, au nom de la Société.

M. Albarran dépose sur le bureau le volume qu'il vient de publier avec M. Imbert, sur les *Tumeurs du Rein.*

M. le Président remercie M. Albarran au nom de la Société.

M. Kirmisson donne lecture d'une lettre que M. G. Bouilly adresse à la Société de Chirurgie.

Monsieur le Président,

J'ai bien l'honneur de vous adresser tous mes remerciements pour vos affectueuses paroles dont l'écho est venu jusqu'à moi.

Je vous prie de bien vouloir soumettre à mes collègues ma demande d'être nommé *Membre Honoraire* et vous adresse l'assurance de mes sentiments bien amicaux et dévoués.

G. Bouilly.

M. le Secrétaire général donne lecture d'une lettre par laquelle M. Delorme, retenu tous les quinze jours au Comité tech-

nique du service de santé, exprime à la Société ses regrets de ne pouvoir accepter les fonctions de secrétaire.

Il sera pourvu dans la prochaine séance à son remplacement.

Allocution de M. le Président.

MESSIEURS,

En prenant possession du fauteuil présidentiel, je tiens à vous renouveler mes remerciements pour le très grand honneur que vous m'avez fait en m'y appelant. Je tiens surtout à remercier en votre nom les membres du bureau sortant : notre cher président M. Bouilly, dont nous déplorons si vivement l'absence, et notre secrétaire annuel, M. Bazy, qui s'est acquitté avec une exactitude parfaite de ses difficiles fonctions. Les autres membres du bureau, M. Segond, notre secrétaire général, M. Walther, trésorier, et M. Broca, archiviste, conservent leurs fonctions; avec quel talent et quel zèle ils les remplissent, je n'ai pas besoin d'y insister. Vos remerciements seront pour eux le plus précieux encouragement.

A l'occasion du procès-verbal.

Note sur les hydrocèles essentielles d'origine tuberculeuse (1).

M. PONCET (de Lyon), *membre correspondant*. — La communication de M. Tuffier à la Société de chirurgie (*Bulletins et Mémoires*, t. XXIX, n° 4, 3 février 1903) sur les : « Hydrocèles dites simples contenant des bacilles de la tuberculose (décelés par la méthode de Jousset) vient trop à l'appui de mes recherches sur le rhumatisme tuberculeux, sur les tuberculoses atténuées des séreuses, etc., pour que je n'en souligne pas le grand intérêt.

Je désire à ce propos communiquer à la Société de chirurgie les conclusions de la thèse récente d'un de mes élèves, le Dr Louis Duc.

Cette thèse intitulée : *Rhumatisme tuberculeux. Hydrocèle essentielle, primitive, d'origine tuberculeuse*, a été soutenue, au mois de janvier dernier, devant la Faculté de médecine de Lyon.

(1) Note lue par M. le secrétaire général.

L'auteur conclut ainsi :

« I. — Sous le nom d'hydrocèle essentielle d'origine tuberculeuse, nous entendons une hydrocèle symptomatique d'une vaginalite simple, uniquement inflammatoire, sans lésions tuberculeuses apparentes (lésions chroniques), et cependant d'origine tuberculeuse.

II. — Il s'agit d'une manifestation bacillaire atténuée, due, soit aux bacilles, qui sont alors d'une faible virulence, soit très probablement, d'une manière plus rationnelle, à leurs toxines.

III. — Dans la seule observation que nous possédions, l'inoculation au cobaye ayant été positive, nous devons admettre une infection vaginale avec bacilles.

IV. — Cette variété d'hydrocèle tuberculeuse, jusqu'alors soupçonnée, mais non démontrée, est assimilable aux arthropathies, aux pleurésies, etc., qui constituent le rhumatisme tuberculeux décrit dans ces dernières années.

V. — Une telle vaginalite appartient dans le cas présent d'autant mieux au rhumatisme tuberculeux que le malade de notre observation avait, dans ses antécédents, des accidents articulaires d'origine nettement bacillaire. »

M. Tuffier. — M. Poncet a eu l'amabilité de me faire adressser la thèse d'un de ses élèves, M. Louis Duc, sur l'hydrocèle tuberculeuse. Les faits que j'ai rapportés ne ressemblent en rien à l'observation publiée dans ce travail. J'ai sous les yeux cette observation. Il s'agit d'un malade qui portait une tumeur blanche du genou et qui avait présenté autrefois une double orchite sans cause. Il est évident que l'hydrocèle dans ces conditions était tuberculeuse, et ce fait, *le seul qui existe dans ce travail*, n'a donc rien à voir avec ceux que je vous ai présentés.

A propos des tumeurs périrénales développées aux dépens du corps de Wolff.

M. Hartmann. — Dans notre dernière séance, en écoutant les quelques réflexions dont notre collègue M. Albarran avait fait suivre sa très intéressante observation de « tumeur polykystique périrénale développée aux dépens du corps de Wolff », j'ai eu un sentiment de regret en apprenant que, dans le travail que j'avais publié en collaboration avec M. Lecène, sur les tumeurs périrénales et leur développement possible aux dépens de débris du corps

de Wolff (1), nous avions omis de citer les observations de Lockwood qui, dans deux kystes simples rétro-péritonéaux, « *avait trouvé un épithélium qui le fit penser à l'origine wolffienne* », non plus que l'observation de Helbing, l'ensemble de ces cas « démontrant, nous dit M. Albarran, que les débris du corps de Wolff peuvent jouer un rôle dans le développement des tumeurs périrénales ».

Nous avions cru, au moment de la publication de notre note, que ces faits n'avaient pas de valeur au point de vue de l'origine wolffienne des tumeurs périrénales et nous avions présenté notre observation comme la première où l'on eût constaté, dans une de ces tumeurs, des tubes identiques par leur structure aux canaux wolffiens.

Je viens de relire le mémoire de Lockwood (2). Dans ce travail il établit que, chez le fœtus, la capsule surrénale descend en dedans du bord interne du rein, en avant de l'uretère, au voisinage du pancréas, le long des vaisseaux spermatiques. La partie inférieure de cette capsule surrénale correspondrait, d'après lui, à la partie supérieure du corps de Wolff qui, par sa partie inférieure, est en rapport avec la glande génitale. Aussi Lockwood croit-il pouvoir *théoriquement* rattacher au corps de Wolff les tumeurs kystiques développées le long de l'uretère, de même que certains kystes dénommés à tort kystes du pancréas.

Les deux observations auxquelles notre collègue a fait allusion ont trait à des kystes développés *le long de l'uretère, au-dessus du rein*. Le siège d'un de ces kystes est très nettement spécifié dans une autre publication du même auteur (3) : En arrière de l'artère colique gauche, en avant des vaisseaux mésentériques inférieurs et des vaisseaux ovariens. Ces tumeurs ne correspondent donc en rien aux tumeurs périrénales.

L'*examen histologique de la paroi*, dit Lockwood, *ne permet pas d'en établir l'origine*, mais, d'après leur siège, on peut supposer qu'elles ont pris naissance dans des débris wolffiens ayant persisté le long de l'uretère.

Quant à l'observation de Helbing (4), elle a trait à une tumeur

(1) Hartmann et Lecène. Un cas de tumeur mixte graisseuse périrénale, *Association française d'urologie*, Paris, 1901, t. V, p. 534.

(2) C. B. Lockvood. — Upon the presence of adrenal structures in the inguinal canal, *The journal of anatomy and physiology*, London, 1900, t. XXXIV, p. 79.

(3) C. B. Lockwood. A retro-peritonéal cyst, *Transactions of the pathological Society of London*, 1898, t. XLIX. p. 182.

(4) Notre dernier bulletin porte comme nom Helling, mais il s'agit évidemment là d'une faute typographique et nous sommes convaincus que c'est au cas d'Helbing que notre collègue Albarran a fait allusion (Helbing, Ueber seltener extra-peritoneal, etc., *Deutsche med. Woch.*, Leipzig, 1901, n° 15, p. 228.)

périrénale gauche dont l'ablation faite par Israël fut suivie de mort. L'auteur la décrit sous le nom d'adéno-carcinome cysto-papillaire. Il reste indécis sur son origine, ne soulève pas l'hypothèse d'une provenance wolffienne et pense même que sa structure histologique est trop simple pour que l'on puisse supposer qu'elle s'est développée sur un débris embryonnaire.

J'ai cru devoir préciser ces quelques points qui donnent à l'observation que nous avons publiée avec Lecène et celle que vient de nous présenter M. Albarran un intérêt encore plus grand que ne l'avait laissé croire notre collègue, car notre observation et la sienne sont les deux seules tumeurs périrénales où l'examen histologique ait montré une origine nettement wolffienne du néoplasme.

M. Albarran. — Les deux observations de kyste pararénal de Lockwood dont j'ai parlé sont considérées par Morris comme des tumeurs pararénales rétro-péritonéales d'origine wolffienne.

Dans l'observation de Helbing, il s'agit d'un adéno-carcinome papillaire kystique : comme dans ce cas la tumeur est pararénale et que rien ne permet d'attribuer une autre origine à ce néoplasme, je crois pouvoir le considérer comme s'étant développé aux dépens de débris du corps de Wolff. Il m'a paru intéressant de rapprocher ces observations du cas de MM. Hartmann et Lecène, qui était une tumeur mixte périrénale, présentant en un point des débris épithéliaux du corps de Wolff, et de la tumeur polykystique périrénale d'origine wolffienne que je vous ai présentée.

M. Hartmann. — Je ne répondrai à M. Albarran qu'une seule chose : au point de vue anatomie topographique, une tumeur située le long de l'uretère entre le rein et l'ovaire n'est pas une tumeur périrénale. M. Albarran nous dit qu'il a cité Lockwood d'après Morris. Je me suis reporté au texte original, celui de Lockwood, et je parle d'après ce texte, dans lequel l'auteur étudie des tumeurs kystiques du canal inguinal, tumeurs dont il rapproche deux cas plus haut situés et développés le long de l'uretère.

M. Albarran. — Il est très difficile, même lorsqu'on voit les pièces, de dire avec certitude que le siège d'une tumeur rétro-péritonéale est périrénal ou périuretéral. Au point de vue pathogénique cela ne me paraît pas avoir grande importance. Ce qu'il importait de démontrer, c'est que les débris du corps de Wolff peuvent être le point de départ de ces tumeurs.

Discussion sur l'appendicite.

M. Broca. — Si je prends la parole dans un débat dont la prolongation ne laisse pas que d'être fastidieuse, ce n'est pas pour vous dire une fois de plus que je suis resté opportuniste, et je me garderai bien de développer les arguments qui ont servi de base à mon rapport de Bruxelles, rapport que plusieurs d'entre vous ont bien voulu citer. Mais il m'a semblé utile qu'à la fin de la discussion, un d'entre nous tentât d'en résumer la physionomie, pour la comparer à celle de notre discussion de 1899. C'est, en effet, un de nos adversaires, notre collègue Legueu, qui a ouvert le feu; à lui doit revenir la parole en dernier lieu, nous ne pourrons plus le contredire, et peut-être, entraîné par sa conviction profonde, verra-t-il les choses sous un autre angle que moi.

Car, de toute évidence, le parti opportuniste est ici en grande majorité; quelques radicaux entrent en coquetterie avec lui. Si bien que les mots opportunistes et radicaux tendent à perdre un peu la signification que nous leur avions donnée en 1899; les ralliés sont venus briser les anciens cadres, et à ce « bloc » d'un nouveau genre, avec concentration à droite, nous ne pouvons plus opposer que les « intransigeants », ceux qui adoptent la formule donnée par M. Poirier en 1898, reprise par lui il y a quelques semaines :

« Sous toutes ses formes et à tous ses degrés, l'appendicite aiguë doit être opérée le plus rapidement possible. »

« Une longue discussion suivit, ajoute M. Poirier, en 1902. MM. Routier et Peyrot, seuls ici, partagèrent ma manière de voir. »

Est-ce bien exact? Dans le relevé de ses partisans absolus, notre collègue oublie précisément la plupart de ceux qui ont adopté textuellement la formule intransigeante. Ceux-là furent surtout Potherat, Chaput, Michaux; de façon peut-être un peu moins absolue, Peyrot et Segond. Quant à Routier, — qui compte parmi nos adversaires, cela est incontestable, — il a commencé sa communication par la phrase suivante :

« Je passe, m'a-t-on dit, pour un des plus radicaux, des plus interventionnistes dans l'appendicite; je ne puis, cependant, accepter la formule de Poirier... et j'admets parfaitement la formule de M. Reclus : la conduite doit varier suivant la forme des appendicites. »

C'est assurément, la profession de foi d'un radical, bien plus radical que moi, mais ce n'est pas celle d'un intransigeant : c'est celle d'un homme qui cherche, par l'examen clinique, à se faire une idée sur chaque cas, et ne s'enferme pas dans une formule

systématique. Si bien que l'autre jour, en descendant de la tribune, où il venait d'affirmer encore son radicalisme, il me racontait l'histoire d'une dame qu'il n'a pas opérée parce qu'elle était dans un état d'algidité tel qu'il n'a pas osé rompre son équilibre instable, et qui a guéri de façon à être, quelques semaines plus tard, débarrassée à froid de son appendice.

Il y a donc des cas, — j'en étais sûr d'ailleurs, — que Routier n'opère pas d'urgence. De lui à moi, il y a une question de degré, — grave, je l'avoue, — il n'y a pas une question de doctrine. Et Segond, lui aussi, est-il un vrai intransigeant? Cela n'est pas certain. Il a bien voulu, le cas échéant, me promettre la direction de son appendice, et je suis persuadé que, sans arrière pensée, il tiendrait parole. C'est donc qu'il croit plus à la valeur d'un clinicien qu'à celle des formules, et je le sais trop avisé pour n'être pas convaincu que c'est son opinion, exactement comme c'est la mienne. Peut-être même est-il, — comme Potherat, un intransigeant de 1899, — un de ces radicaux qui manient parfois la vessie de glace, mais ne veulent pas que le bruit s'en répande, de peur que cela n'endorme dans une fausse sécurité les praticiens auxquels nous avons souvent bien du mal à faire comprendre *qu'à toutes ses périodes, l'appendicite est une maladie chirurgicale*, devant être tout de suite diagnostiquée, surveillée, traitée par l'homme capable d'opérer tôt ou tard, d'urgence ou à froid, au moment précis où surgira l'indication.

Or, cette déclaration, tous nous l'avons toujours faite, tous nous y avons insisté autant que le plus pur des intransigeants, et Brun, en particulier, y est plusieurs fois revenu. Et je crois, — je dirais presque que j'en suis sûr si je ne craignais de trahir des confidences particulières, — que là surtout est le motif pour lequel Segond regrette la campagne menée depuis quelques années par les opportunistes.

Mais cette campagne, parmi nous tout au moins, ne semble pas avoir mal réussi. Déjà, en 1899, il était évident que plusieurs radicaux tendaient à se modérer, et en 1903 leur évolution est un fait accompli.

Dans notre camp, en effet, nous ne comptons qu'une défection : celle de M. Lucas-Championnière. Il n'avait pas pris part à la discussion dans cette enceinte, mais certainement il avait soutenu à l'Académie de médecine une doctrine moins énergiquement interventionniste que celle qu'il vient de défendre devant nous. Peut-être, d'ailleurs, ce changement d'avis tient-il à un motif spécial. Malgré notre opinion unanime, M. Championnière s'est fait le défenseur des purgatifs, et, comme il nous a toujours paru que cette médication était désastreuse, nous ne saurions nous étonner

que son dernier partisan y ait renoncé. Mais, — et il nous l'a répété il y a quelques jours, — M. Championnière nous a rendu le grand service de nous apprendre, avec certains auteurs anglais, qu'après la laparotomie une purgation précoce était le meilleur moyen de couper court à certaines réactions péritonéales légères, capables sans cela de devenir graves; dans ces cas, les adhérences sont le danger, et il s'est toujours refusé à établir une catégorie spéciale pour les péritonites par perforation. Mais nous sommes, je crois, unanimes, en dehors de lui, à penser que cette distinction s'impose, car, en cas de perforation, le salut est dans l'opération immédiate ou dans les adhérences, c'est-à-dire dans l'immobilisation aussi parfaite que possible de l'intestin. Ayant donc le choix entre l'opium et le bistouri, M. Championnière s'est rallié au bistouri; peut-être l'autre solution eût-elle été meilleure, mais je ne suis pas surpris que l'opération immédiate, à n'importe quelle période du mal, soit préférable au traitement par les purgatifs.

Et, de là, résulte une assertion au premier abord paradoxale après la communication récente de M. Championnière : le traitement de la crise aiguë d'appendicite par les purgatifs est décidément proscrit par tout le monde, puisque M. Championnière est devenu interventionniste immédiat. Il y a là de quoi nous consoler de l'avoir vu quitter nos rangs, car la grande et légitime autorité qui s'attache à toutes ses opinions était un obstacle à la diffusion des nôtres.

Ce départ est compensé par nos recrues : la conversion de Kirmisson, de Michaux est éclatante : celle de Reclus, de Potherat est nette; nous avons vu Ricard, Schwartz, Lejars, Guinard, accentuer leur mouvement vers l'opportunisme. J'en dirai autant de Tuffier, exception faite pour la très rare opération tout à fait précoce, sur laquelle nous sommes tout à fait d'accord en principe. Quénu, lui aussi, tente de plus en plus souvent le refroidissement, et s'efforce de nous enseigner certains symptômes qui commandent l'intervention immédiate.

Car nous ne discutons pas sur la possibilité de cette indication urgente : tous nous y obéissons souvent, trop souvent. Nous disons seulement qu'on l'exagère. Il n'y a pas dans cette enceinte, il n'y a jamais eu, quoique parfois on ait pu le laisser croire, de temporisateur de parti pris. Aux plus modérés d'entre nous, il arrive encore assez souvent d'opérer toute affaire cessante, mais nous soutenons que plus souvent encore nous pouvons attendre et laisser calmer l'orage pour intervenir avec plus de sécurité.

Nous trouvons mauvais qu'on déclare : toute appendicite aiguë doit être opérée immédiatement, et nous désirons que, par l'ana-

lyse exacte des signes, des symptômes, on tente de les classer en trois catégories :

1° Celles pour lesquelles l'opération est urgente.

2° Celles pour lesquelles elle n'est pas urgente, mais qu'au bout d'un temps variable il faudra opérer à chaud.

3° Celles qu'on pourra refroidir complètement.

Et j'ai vu avec plaisir que dans sa communication, M. Terrier adoptait précisément cette classification, nous montrant ainsi avec netteté que dans son service la formule n'est pas : intervention systématique, quelle que soit la forme clinique de la lésion et la période où elle en est arrivée.

Bien rares sont, parmi nous, ceux qui adoptent cette formule ; je viens, je crois, de le prouver. A ceux-là, Témoin et Villar sont venus de province apporter leur appui. Je n'en suis pas autrement surpris, car le traitement que nous préconisons exige une surveillance incessante dont le chirurgien ne peut assumer la responsabilité que s'il est sûr de pouvoir l'exercer lui-même : or c'est impossible, quand on est appelé à distance, comme c'est précisément le cas pour nos collègues de province. Le danger est alors bien moindre d'opérer tout de suite que de confier la surveillance à un autre qu'à soi-même. Tout comme, à l'époque où l'on faisait de fréquentes trachéotomies pour croup, ceux qui, à l'hôpital, opéraient de parti pris tardivement, opéraient de façon très précoce en ville, et surtout à la campagne.

Cette surveillance exacte est, je le répète, d'importance capitale : ainsi, il y a quelques mois, on a apporté dans mon service un garçon que j'ai opéré d'urgence, quoi qu'il n'eût aucun des signes qui me font habituellement intervenir, parce que je devais m'absenter pour deux jours.

La preuve de l'importance majeure de la manière dont le traitement est dirigé nous est fournie par le parallèle de nos statistiques de ville et d'hôpital. Je ne parle pas en ce moment de gravité, mais de l'indication relative des opérations à chaud ou à froid.

Dans la clientèle de ville, il est maintenant de règle — l'observation si pénible de M. Segond nous prouve qu'il y a des exceptions — que le diagnostic soit vite porté et le traitement bien institué, et sur 45 malades que j'ai vus depuis 1897 pendant la crise aiguë — une seule fois dans les vingt-quatre premières heures — j'en ai opéré 9 d'urgence, 9 à chaud secondairement et j'en ai refroidi 27.

A l'hôpital, au contraire, depuis 1897 également, sur 181 cas, je n'ai pu en refroidir que 101, tandis que j'ai dû en opérer 33 d'urgence et 47 à chaud, secondairement, dont 17 dès le lendemain

de l'admission. Ces derniers devraient être rapprochés, à vrai dire, des opérés d'urgence, car presque tous, admis à l'hôpital pendant la garde, mais ne présentant pas les signes pour lesquels mes internes doivent me faire appeler, n'ont été vus par moi qu'à la visite du lendemain et opérés séance tenante.

Dans ces chiffres, il n'est question que des malades que j'ai vus à chaud, à une époque quelconque de la crise aiguë, et je fais abstraction des appendicectomies pratiquées à froid, sur des malades non surveillés par moi pendant la crise, ou n'ayant jamais présenté de crise aiguë.

Il ressort avec évidence de ces statistiques que si je suis opportuniste, si je me refuse catégoriquement à me limiter dans une formule, je ne conteste pas l'existence des indications de l'opération à chaud; et je déplore qu'en raison du traitement si souvent défectueux dans la classe ouvrière, elles soient encore si fréquentes.

Cela dit, voyons la mortalité globale. C'est en effet la seule manière de nous faire une idée, puisque nous tous n'opérons pas les malades à la même période.

Si je réunis ville et hôpital, je trouve 226 cas aigus, avec 28 morts, soit 12,38 p. 100; et si je décompose mes deux catégories je trouve :

Ville	45 cas	4 morts	=	8,04 p. 100.
Hôpital	181 —	24 —	=	13,2 —

Ma statistique de ville est donc infiniment meilleure que ma statistique hospitalière. C'est la conclusion à laquelle nous arrivons tous, à l'exception toutefois de M. Poirier, qui voit succomber 30 p. 100 des malades qu'en ville il opère à chaud, et 8 p. 100 seulement des malades qu'à l'hôpital il fait opérer la plupart du temps par ses internes, à la garde.

Mais il est impossible de ne pas remarquer qu'en ville M. Poirier a précisément les 30 p. 100 environ qu'autrefois Brun et moi avions par l'intervention systématique, et qui nous ont fait renoncer à cette méthode. Et si Témoin ne relève qu'environ 10,6 p. 100 de décès, Villar en compte 22,5 p. 100. Au reste, à moins que l'écart ne soit énorme et ne porte sur la pratique du même chirurgien avant et après sa conversion, il serait mauvais de faire état de ces chiffres de manière rigoureuse. Je vais dire, dans un instant, que la péritonite diffuse préalable n'est pas la seule cause de mort dans l'opération à chaud : il n'en est pas moins vrai qu'elle pèse de manière effrayante sur nos statistiques. Or, sa fréquence est sujette aux variations bizarres de la série : en 1901, à Tenon, j'en ai vu 6 cas, avec 6 décès ; en 1902 un seul, qui a guéri. En outre, nous ne choisissons pas les méde-

cins responsables des accidents depuis le début, et j'ai remarqué une différence considérable, à l'hôpital, dans mon pronostic opératoire, selon que tel ou tel médecin avait présidé au début de la crise, car il y a de nos confrères, malheureusement, qui ne font appel au chirurgien que quelques heures avant la mort.

J'ai un peu développé ces considérations, parce qu'elles sont utiles pour juger les statistiques. Parmi les chiffres, en effet, qui ont été apportés à cette tribune, ceux de Jalaguier sont particulièrement favorables, avec une mortalité de 3 p. 100, sur une série nombreuse, au lieu de 10 à 13 p. 100 que nous tous enregistrons. Je ne veux en rien diminuer le mérite de mon ami Jalaguier, mais il a l'heureuse chance de n'avoir jamais été, depuis 1892, à la tête d'un service d'hôpital où l'on fît des admissions d'urgence. De 1892 à 1898, nous étions voisins de salles à l'hôpital Trousseau, mais aux miennes seules incombait le service de garde ; depuis 1898, aux Enfants-Assistés, il n'a pas davantage à compter avec l'urgence. Il ne voit donc pas souvent ces cas désespérés, qu'il aime mieux laisser mourir que d'y toucher, que j'opère parce que de temps en temps j'en sauve un : dans sa statistique, il n'en compte que 4, dont 2 qu'il n'a pas opérés, alors que dans la mienne il y en a 21, *opérés d'urgence*, le premier jour où je les ai vus, me donnant 18 décès et 3 guérisons. Or, sur ces malades, il y en a 19 à l'hôpital, avec 2 guérisons, et 2 seulement en ville, avec 1 guérison.

Tous ces malades, ou presque tous, sont des victimes de la temporisation, personne de nous ne l'a jamais contesté. Mais il faut voir comment ces malheureux ont été soignés pendant les jours, quelquefois pendant les semaines, qui ont précédé la venue du chirurgien ! Je ne reviens pas sur ce point, que personne ne conteste. La seule question en litige est de savoir si, sur un cas pris de bonne heure, on n'a pas plus de chance de guérir le malade bien soigné en l'opérant secondairement qu'en l'opérant primitivement. Et c'est à ce point de vue que la statistique exclusivement urbaine de Jalaguier comporte un grand enseignement ; que les statistiques successives des radicaux calmés, comme Michaux, moi, Sonnenburg, Roux, etc., me paraissent avoir un réel intérêt.

Mais que faut-il entendre par malades vus de bonne heure ? Si on est appelé tout de suite, dès les premières vingt-quatre heures, j'ai toujours dit qu'alors l'opération systématique donnerait de bons résultats ; mais la chose est rare, car il y a presque toujours du temps perdu, moins par le médecin depuis quelques années, je le concède, toujours autant par les familles. En sorte que nous arrivons à un moment où la question n'est plus entière, où Tuffier, par exemple, nous déclare qu'en présence d'un plastron

commençant, il préfère attendre, soit la résolution, soit l'abcès.

Tuffier a vu 9 malades dès le début, et, en les opérant, a eu 9 guérisons. Mais un exemple récent, et qui le touche de près, a pu le convaincre que, dans certaines formes, le diagnostic immédiat, même sur un enfant qui vit aux côtés d'un chirurgien éminent, peut laisser place à des doutes. Quant à croire que, même alors, en opérant dès le début, la guérison sera constante, personne ne le pense. Il restera toujours des formes septiques, d'emblée mortelles, dont l'ablation de l'appendice, même précoce, n'enraye pas la marche. Quénu, Moty, nous en ont cité des exemples; et si Quénu pense qu'alors, toutes réserves d'ailleurs étant faites par lui, la seule chance serait dans l'opération avant vingt-quatre heures écoulées, je dois vous signaler ce fait que, parmi ses trois opérations, une seule a fini par la guérison, l'enfant ayant été opéré au quatrième jour.

Pour ces cas à infection générale immédiatement grave, avec peu ou pas de réaction péritonéale, je pense, comme Tuffier, — mais avec une interprétation différente, car je ne crois pas à la malaxation des toxines, — que l'opération immédiate les aggrave plutôt, et je maintiens, contrairement à Guinard, que l'ictère précoce, par exemple, doit nous retenir au lieu de nous pousser en avant. Sur cinq cas de ce genre, j'en ai guéri trois, opérés à froid ultérieurement; j'en ai vu succomber deux, où il y a eu abcès péri-appendiculaire.

Pour ces deux malades, qui n'ont pas été opérés d'urgence, on me dira sans doute que j'aurais pu couper court chirurgicalement à la toxémie appendiculaire. Les échecs auxquels je viens de faire allusion, — et dont tous nos collègues, même les plus intransigeants, relatent quelques exemples, — démontrent qu'en présence de cas de ce genre, les deux partis auraient tort de s'accuser mutuellement. J'estime qu'on a plus de chance en attendant, mais je me garderais de reprocher un accident à un de mes contradicteurs.

Déjà, à plusieurs reprises, j'ai analysé mes cas mortels après intervention retardée peu ou beaucoup, et j'ai cherché à montrer que la temporisation n'y était pour rien, à partir du moment où je fus entré en jeu, le diagnostic étant établi. Je ne reprendrai pas ces faits, mais je dois dire aujourd'hui qu'une fois, trompé par l'absence de vomissements et de météorisme, alors qu'il existait un plastron, je me suis laissé surprendre. Je n'ai pas mis en pratique le principe que le moindre doute doit profiter à l'indication opératoire, et le facies suspect aurait dû me pousser à une intervention active qui, presque sûrement, eût été heureuse.

De cet aveu vont, sans contredit, triompher nos adversaires. Car, eux, ils déclarent que jamais ils n'ont vu mourir un sujet opéré dans les quarante-huit heures (M. Segond ne dirait pas dans les cinquante heures), même un sujet opéré à chaud à une période quelconque, s'il n'y avait pas de péritonite diffuse préalable. Est-ce bien sûr? Je peux en douter, sans révoquer et mettre en doute la bonne foi de mes collègues, puisque, pendant quatre ans, j'ai tenu le même raisonnement, et qu'aujourd'hui, avec d'autres intransigeants repentis, je m'accuse d'avoir erré. Par exemple, j'ai beau lire et relire l'observation où M. Témoin s'accuse d'avoir temporisé, et je n'y trouve aucun signe de péritonite généralisée préalable.

En réalité, le jugement ne peut être rétabli que sur les statistiques portant exclusivement sur les cas vus à chaud, et je dois dire qu'à ce point de vue, sauf les chiffres déjà cités de Témoin, de Villar, de Poirier, nous ne trouvons pas grands renseignements dans les communications de nos adversaires. Aucun relevé général n'est donné par Chaput, par Segond; avec M. Championnière, nous trouvons 44 « suppurations considérables » avec 12 morts, soit environ 27 p. 100. Quant à Routier, il nous apporte un stock de 376 opérés avec 7 p. 100 de mortalité. Mais, puisqu'il est intransigeant (ou à peu près), c'est donc qu'il opère (ou à peu près) tous les cas aigus dès qu'il les voit. Pour comparer sa statistique à la mienne, il faut donc en retrancher toutes ses opérations à froid, puisqu'il ne refroidit pas ses cas aigus, et que j'ai éliminé de la mienne les cas que j'ai vus primitivement à froid. Routier dit à Walther : Vos cas aigus donnent 35 p. 100 de mortalité. Nous répondons : Tous les autres cas dont nous parlons ici ont été soignés par nous à l'état aigu. Cela étant, je prends les trois relevés détaillés de M. Routier, et voici le bilan : je défalque du total (376 cas) les cas à froid ($35+90+49=174$) et les lésions annexielles, etc. (16 cas, 2 morts); il reste 175 cas observés à chaud et opérés systématiquement. Or, ceux-là donnent 26 morts, soit près de 15 p. 100 de mortalité, c'est-à-dire un peu plus que nous n'en avons par notre méthode, et j'ajouterai que, pour ma part, comme M. Routier, j'opère même les cas désespérés, même des malades qui, à l'hôpital, meurent deux ou trois heures après l'intervention. Je maintiens qu'il est indispensable de diviser nettement nos statistiques en deux colonnes :

1° Cas vus à chaud, seuls discutés aujourd'hui;

2° Cas apportés à froid au chirurgien.

Sans quoi il nous serait à tous facile de grossir nos chiffres avec un pourcentage très diminué de mortalité.

Dans le débat, nous nous heurtons toujours au même raison-

nement : en opérant, là où vous disiez d'attendre, j'ai trouvé du pus, un appendice perforé et gangrené; donc le malade était perdu si je ne l'avais pas opéré.

Mais pas du tout; et nous ne nous lasserons pas de rappeler qu'en opérant à froid des appendicites qui n'ont jamais été réellement menaçantes, nous tous, aussi bien que vous, trouvons des lésions graves, prouvant que l'opération était indispensable, mais non point urgente. Cela m'est arrivé, hier encore, pour un appendice spontanément amputé alors que la crise remonte à novembre dernier, et un des exemples les plus beaux de la chose nous est fourni par une pièce que Routier nous a montrée récemment.

M. Championnière nous dit : J'ai opéré, et il n'était que temps, deux malades pour lesquels, la veille au soir, le chirurgien de garde avait conseillé glace et opium. Cela prouve-t-il que le même chirurgien n'aurait pas opéré les malades à ce moment? Pour mon compte, je vous ai déjà dit que j'ai opéré 17 malades le lendemain de leur entrée, alors que mes internes ou moi-même avions jugé qu'on pouvait tenter le refroidissement. Ces malades, comme ceux de M. Championnière, ont guéri, et on pourrait dès lors seulement conclure que, même quand le refroidissement ne doit pas avoir lieu, un abcès appendiculaire peut être remis au lendemain. Les malades de M. Championnière sont-ils morts pour avoir attendu au lendemain? Non; c'est donc qu'on était en droit, sans les tuer, de tenter le refroidissement.

Je ne voudrais pas pousser ce raisonnement à l'extrême; dès que je juge qu'il y a un abcès, j'opère. Je veux seulement montrer qu'il y a dans le débat des faits ambigus, dont les deux partis peuvent s'arranger, sur lesquels, par conséquent, nous aurions tort de nous accuser mutuellement.

Au total, je persiste à croire qu'il est dangereux d'attaquer opératoirement les appendicites déjà relativement anciennes, avec plastron, sauf pour ouvrir un abcès collecté, et si, de plus en plus, j'arrive à réséquer l'appendice dans la poche suppurée, je pense, avec l'immense majorité de nos collègues, que nous devons respecter les adhérences, malgré l'opinion de M. Poirier, de M. Championnière, de M. Chaput.

Pour terminer, un mot sur ce point.

M. Chaput nous déclare que l'opération à chaud est sans danger, pourvu qu'on n'ait recours ni à l'éther, ni au chloroforme, ni même à la rachicocaïnisation ; il faut s'en tenir à la cocaïnisation locale. Et, cependant, M. Chaput conseille de « dévider l'intestin grêle » de parti pris, pour s'assurer qu'il ne porte pas une perforation bonne à suturer, car là serait une des causes

d'échec. Voilà une assertion que je ne voudrais pas laisser passer sans dire que je la crois dangereuse.

Sur quoi se fonde M. Chaput? Sur ce que chez trois malades, dont deux typhiques, opérés pour péritonite par perforation, il a trouvé, à l'autopsie, des perforations méconnues. Je ne vois pas le rapport avec l'appendicite. Une fois, chez une fille que j'avais opérée *après refroidissement*, au huitième jour, brusquement, a éclaté une péritonite foudroyante, et j'ai constaté, à l'autopsie, que cela tenait à une perforation secondaire de l'S iliaque, en un point qui avait été adhérent au foyer appendiculaire. J'ai parlé de ce cas à Routier, qui m'avait recommandé cette fillette : jamais il n'a rien vu de semblable; pas davantage ceux d'entre nous qui opèrent le plus d'appendicites, à froid ou à chaud. Pour l'appendicite mortelle, je fais faire à peu près toutes les autopsies, ce qui est possible, puisqu'il y a déjà une incision abdominale non suturée. Jamais je n'ai rencontré, sauf le cas précédent, une seconde perforation de l'intestin grêle ou gros.

Je crois donc pouvoir affirmer que M. Chaput s'est trompé quand il nous a dit que bon nombre de décès après opérations d'appendicite à chaud sont dus à des perforations intestinales méconnues.

M. Quénu. — Je ne crois pas qu'il soit possible, en lisant la demi-page que j'ai consacrée au traitement des formes toxémiques, d'y voir la moindre contradiction. Je discute le pour et le contre en toute indépendance, et je donne, en faveur de l'intervention, cette difficulté insurmontable de différencier une appendicite toxémique, d'emblée sans grosses lésions, d'avec une appendicite gangreneuse accompagnée d'accidents toxiques secondaires.

J'ai apporté trois observations, mais simplement au point de vue de la comparaison des lésions histologiques, et, d'ailleurs, deux malades et non pas un ont guéri.

M. Picqué. — Au cours de la discussion soulevée, par notre collègue Legueu, tous sont venus à cette tribune formuler leur opinion sur cette question si controversée du traitement des formes aiguës de l'appendicite. Tout a été dit et bien dit.

Permettez-moi cependant de vous apporter, moi aussi, mon avis.

Je le ferai très brièvement.

La statistique de M. Jalaguier m'a vivement impressionné, comme beaucoup d'entre vous, j'en suis sûr. Je ne crains pas de dire d'ailleurs que si nous n'avions que ce document émané d'un des collègues les plus estimés et les plus compétents de notre

Société, je n'hésiterais pas quelles que soient mes préférences à me rallier à sa pratique.

Mais, d'autres collègues nous ont aussi apporté des statistiques : la valeur scientifique de celles-ci est également incontestable, et cependant elles nous montrent, contrairement à M. Jalaguier les avantages de l'intervention hâtive, et nous signalent les dangers de l'expectation.

Peut-être, pour expliquer ces divergences, y a-t-il lieu de penser comme on nous l'a dit dernièrement, que la pratique de notre collègue éloigne de lui un certain nombre de cas graves pour lesquels on recherche, à tort ou à raison, une intervention que l'on veut immédiate.

Peut-être faut-il encore insister sur ce fait, que dans les services de chirurgie générale, on apporte un certain nombre de cas graves d'appendicite classés à tort sous la rubrique de suppuration pelvienne d'origine annexielle comme j'ai eu l'occasion de le constater plusieurs fois dans mon service, catégorie de cas qui échappe à nos collègues des hôpitaux d'enfants.

En tout cas, rien ne prouve mieux l'insuffisance du procédé statistique, que cette divergence curieuse entre des documents publiés par des chirurgiens compétents et sincères, sur une affection dont la division naturelle des variétés cliniques semble devoir mettre à l'abri de toute erreur.

Quoiqu'il en soit d'ailleurs, je suis resté fidèle à l'intervention hâtive et je ne veux pas revenir aujourd'hui sur les raisons qui m'ont décidé à adopter cette pratique et que j'ai exposées au cours de la discussion précédente.

Je préfère vous rapporter trois faits récents qui me sont personnels et qui semblent justifier mon opinion, et celle de mes collègues partisans de l'intervention hâtive.

Le premier, a été publié ailleurs ; je ne vous le rappellerai qu'en quelques mots, car il ressemble par certains points à celui de M. Legueu.

Je suis appelé il y a trois mois en province, près d'un enfant de huit ans qui avait eu une crise extrêment grave d'appendicite. Douleur brusque et très vive dans la fosse iliaque ; vomissements porracés persistants. Ventre ballonné. Température élevée. Pouls rapide. A mon arrivée (3e jour), une sédation s'est produite. Le visage de l'enfant est calme ; les vomissements ont disparu. Le pouls est à 100, la température à 37°9. Le point de Mac Burney est sensible, mais il n'y a plus de ballonnnement. En présence de cette défervescence manifeste, je pense qu'il y a lieu de surseoir à une opération immédiate. D'ailleurs, l'entourage médical et familial n'est pas favorable à l'idée d'une intervention faite pendant la

crise aiguë; je fais néanmoins mes réserves, et déclare qu'au moindre retour des accidents; il faudra agir.

Les accidents ont reparu, avec peu d'intensité, paraît-il; l'entourage a oublié les recommandations que j'avais faites à ce sujet, et l'enfant à succombé rapidement sans qu'on soit intervenu. Je regrette vivement cette mort dont je me considère en partie responsable.

Les deux autres cas sont relatifs à des malades opérées hâtivement, non au début, mais dans cette période où la discussion a principalement porté.

La première, est une malade que j'ai opérée dans mon service de Bichat, dans les circonstances suivantes : Femme de trente ans; première crise, il y a un an, peu intense. Deuxième crise, il y a six mois, a été également peu marquée. Le 7 décembre dernier, après le déjeuner, douleur brusque sur le côté droit du ventre; un vomissement unique : le ventre est peu ballonné, mais les douleurs restent très vives. Application de glace.

Quand je vois la malade à l'hôpital le 11 décembre, les accidents ont complètement disparu depuis l'avant-veille : le pouls est à 90, la température à 37°8; le ventre est à peine ballonné, le facies excellent. Le médecin de la malade regrette presque de l'avoir adressée si vite à l'hôpital. Néanmoins, la persistance du point de Mac Burney, et l'existence d'une tuméfaction profonde, mal délimitée d'ailleurs, me décident à intervenir.

Je pratique une très longue incision latérale en raison de l'obésité de la malade et selon le tracé indiqué par Roux; je tombe vite sur des adhérences épiploïques très molles qui se détachent facilement. Il s'en écoule une quantité considérable de pus phlegmoneux; l'appendice n'est pas recherché. Drainage. L'état de la malade s'améliore progressivement : elle est aujourd'hui guérie.

La troisième malade, est une malade de ville, extrêmement intéressante par les circonstances dans lesquelles s'est produite la crise d'appendicite.

Mme X..., vingt ans, mariée le 2 décembre, a toujours présenté des crises douloureuses au moment de ses règles; crise très légère d'appendicite il y a sept ans.

Le 7, la malade voit ses époques apparaître, et est prise après le repas de douleurs extrêmement vives dans tout le ventre et particulièrement du côté gauche.

Ces douleurs, quoique plus fortes, sont au dire de la malade à peu près semblables à celles qu'elle présente habituellement.

Elle attribue cette exacerbation au froid intense qui sévit. Néanmoins, la malade reste à la campagne, où elle était venue en villé-

giature. Le lundi soir, elle présente quelques vomissements porracés.

Le mercredi, sédation absolue des symptômes : la malade reste au lit parce que le médecin le lui a ordonné, mais elle se trouve très satisfaite de son état.

Le jeudi matin, la température est à 37°2; le pouls à 120. Le médecin constate pour la première fois du ballonnement du ventre et une douleur exacerbante partout, mais *principalement à gauche*.

C'est alors que je la vis pour la première fois, vers six heures du soir. Le ventre est ballonné, sensible partout, surtout à gauche. Le pouls est à 100; la température 37°9. Je crois devoir diagnostiquer une péritonite généralisée, et en raison de l'absence de toute lésion périutérine, j'admets une origine appendiculaire.

L'opération est acceptée Au moment de l'opération l'état ne s'est pas agravé, et j'hésite un moment à intervenir; néanmoins je constate les lésions suivantes. Tout le péritoine est injecté et rouge ainsi que les anses intestinales. Il y a un peu d'ascite. Au niveau de l'appendice il existe un foyer de suppuration abondant et horriblement fétide, au milieu d'adhérences épiploïques peu résistantes. L'appendice et le tiers environ du cæcum sont sphacélés. J'établis un drainage avec de la gaze en protégeant autant que possible la cavité abdominale.

Les suites immédiates sont satisfaisantes : la température reste à la normale ; les douleurs ont cessé ; les pièces de pansement très souillées sont remplacées à diverses reprises. Dans la nuit du dimanche, c'est-à-dire au milieu du troisième jour, la température s'élève brusquement, la malade présente une dyspnée *intense* accompagnée d'une douleur très vive dans le membre inférieur droit. La mort survient rapidement, produite peut-être par une embolie.

Ces deux malades présentent quelques particularités sur lesquelles il me paraît intéressant d'insister.

L'une d'elles, celle qui a précisément guéri, était en défervescence, la crise avait été peu intense : depuis la veille seulement, les accidents avaient disparu ; on eût pu peut-être, conformément à la pratique de certains chirurgiens, attendre quelques temps encore, et cependant l'intervention découvre une collection purulente abondante dans un péritoine insuffisamment protégé par des adhérences très lâches. Je ferai remarquer encore que nous ne sommes pas ici en présence de la collection iliaque collée à la paroi, au sujet de laquelle tout le monde est d'accord quant à l'opportunité opératoire, mais en face d'une collection profonde non diagnostiquable à l'avance, située en plein péritoine, et qui ne s'accusait que par le point de Mac Burney et la sensation

d'une tuméfaction profonde, peu étendue et mal définie. Et si je suis intervenu aussi vite, c'est que je partage l'avis de ceux qui interviennent dès que le diagnostic est fixé, et sans attendre le refroidissement complet de la crise.

Dans le deuxième cas, la crise était plus ancienne, le diagnostic avait été obscurci par des circonstances spéciales sur lesquelles j'ai insisté plus haut. Après une recrudescence assez vive, il s'était produit depuis la veille une défervescence si marquée que j'eus presque de l'hésitation au moment d'intervenir ; et cependant je constatai au cours de l'opération des lésions irréparables de l'appendice et du cæcum, avec une suppuration horriblement fétide.

On pourrait m'objecter, comme plusieurs collègues ont eu tendance à le faire pour des cas analogues, que ma première malade aurait pu attendre la période de refroidissement complet, et qu'elle aurait guéri tout aussi bien avec un minimum de danger, et que ma deuxième malade est morte de mon intervention.

Or, pour éviter cette objection, j'ai tenu justement à prendre dans ma série deux cas dans lesquels les lésions me paraissent exiger impérieusement une intervention immédiate. Je ne refuse pas d'admettre, puisque certains collègues l'ont observé, la résorption de certains épanchements septiques qui se produisent autour de l'appendice ; mais il me paraît bien difficile d'admettre la possibilité d'une résorption du pus chez ma première malade : nous ne voyons guère cette résorption quand il siège dans la continuité des membres. Pourquoi en serait-il différemment lorsque ce pus siège dans la cavité abdominale ?

Quand à ma deuxième malade, je pense qu'elle a succombé malgré l'opération, probablement parce que celle-ci a été trop tardive, et je ne crois pas qu'une lésion aussi étendue du cæcum puisse permettre à une malade d'arriver à la période de refroidissement complet.

Au cours de cette discussion, nous avons vu des collègues essayer de préciser, par la clinique, les indications de l'intervention immédiate.

Nous avons vu, d'autre part, les partisans de l'abstention apporter des documents anatomo-pathologiques, établissant que des lésions mêmes graves de l'appendicite n'ont pas empêché les malades d'arriver au refroidissement. Broca vient d'en citer des exemples.

Je pense que pour aboutir à une solution, il serait désirable que les interventionnistes hâtifs procédassent de même, et apportassent eux aussi des détails plus précis sur la nature des lésions qu'ils rencontrent au cours de leurs opérations.

C'est en comparant ces deux ordres de renseignements anato-

miques en mettant en série les lésions trouvées au cours des interventions hâtives et celles constatées au cours des opérations à froid, qu'on pourra reconnaître, si les premières ne présentent pas une gravité plus grande que celles qu'on veut nous opposer pour justifier les interventions à froid.

C'est, d'ailleurs, dans ce but que je vous ai apporté les observations précédentes.

M. Mignon. — L'appendicite est une maladie assez fréquente dans l'armée. Il entre au Val-de-Grâce, pour cette affection, trente à quarante malades par an; et j'ai déjà eu occasion d'en observer un bon nombre de cas.

Je désirerais vous faire connaître les conclusions que l'observation des faits m'a imposées sur le traitement de cette affection.

Les malades nous sont envoyés avec l'une des trois formes cliniques principales de l'appendicite : péritonite appendiculaire, appendicite avec tuméfaction de la fosse iliaque droite, appendicite sans péritonite et sans tuméfaction.

Je ne puis mieux faire que de me baser sur cette division anatomo-pathologique et clinique pour l'exposition du traitement.

Si le malade est atteint de péritonite, — quelle que soit sa forme — depuis la simple injection du péritoine (que décèlent surtout les douleurs et la dissociation du pouls et de la température) jusqu'à la péritonite purulente, j'opère toujours et immédiatement. Si le malade est résistant, j'enlève l'appendice; s'il est trop intoxiqué et s'il y a danger de collapsus cardiaque, je me contente de drainer une seule fosse iliaque ou les deux fosses, suivant l'abondance de l'épanchement.

On obtient de bons résultats dans les cas du premier degré de la péritonite, avec rougeur des anses intestinales, injection du péritoine et épanchement peu abondant dans la fosse iliaque droite. J'ai vu guérir ainsi quatre malades, dont un est encore en traitement dans le service. Il fut pris brusquement le 8 janvier, à 9 heures du soir, étant au lit, de violentes douleurs abdominales ressemblant à des coliques, et prédominant surtout dans tout le côté droit du ventre avec irradiations vers la région lombaire du même côté. Peu après la douleur abdominale, apparurent de la céphalée, des frissons et des vomissements. Douze heures après, à mon premier examen, le malade a bon aspect, le visage est coloré. Mais la palpation du ventre est douloureuse sur toute son étendue, avec une sensibilité exquise dans la fosse iliaque droite, sans maximum au point de Mac-Burney. Température 37 degrés, pouls 88. Je fais l'opération à 10 heures du matin, soit treize heures après l'ictus abdominal; et je trouve le péritoine rouge,

contenant un liquide louche ; le cæcum injecté, les anses grêles affaissées et violacées, contractées comme des anses d'intestin de chien. L'appendice était renflé en massue, avec un méso très épaissi, sans ganglions voisins.

Les succès thérapeutiques obtenus dans ce premier degré de la péritonite, sont dus évidemment à la rapidité de l'intervention. En retardant l'ouverture du ventre, tous les symptômes d'infection péritonéale s'accroîtront, et l'économie sera promptement sidérée par l'infection.

Aussi, je voudrais insister sur la nécessité de tenir compte des signes encore atténués de la réaction péritonéale pour prévoir l'inflammation de la séreuse. Si l'on attend que le facies soit altéré, que le pouls soit à 120 et que le malade se plaigne spontanément de douleurs abdominales généralisées, il est trop tard pour intervenir heureusement. La sensibilité du ventre à gauche de la ligne blanche, un pouls aux environs de 90, quand la température est normale, avec ou sans vomissements, avec ou sans dysurie, me semblent indiquer la réaction péritonéale.

J'ai fait cinq fois des laparotomies avec large drainage pour péritonite suppurée d'origine appendiculaire et je n'ai pas eu la satisfaction de sauver un seul malade. Je continuerai cependant la lutte contre la redoutable complication, puisque je sais que le succès n'est pas impossible et que l'issue de l'affection abandonnée à elle-même est fatale.

Dans le cas où le malade arrive dans le service avec une tuméfaction dans la fosse iliaque droite, je l'opère également sans retard, même si son état général est bon et s'il est apyrétique.

J'ai été amené progressivement à cette conclusion par l'observation clinique et la technique opératoire. J'ai été pendant quelque temps temporisateur, mais cela ne m'a pas réussi. Sur onze malades atteints d'appendicite avec tuméfaction périappendiculaire, chez lesquels l'intervention a été retardée de mon fait ou du fait des circonstances de service, huit ont présenté des complications ultérieures que j'attribue à l'infection générale de l'organisme ou aux altérations locales produites par l'action prolongée du foyer septique. Une poche purulente est considérée en chirurgie générale comme une source possible de complications locales et générales, et le danger de ce foyer purulent ne peut pas être moindre quand il siège dans la cavité péritonéale.

Voici d'ailleurs la liste des complications que j'ai observées chez les appendiculaires avec abcès opérés tardivement.

M... est opéré dix jours après le début des accidents : je trouve un abcès rétrocæcal qui se complique quelques jours après d'une suppu-

ration lombaire et *d'une pleurésie purulente droite* : le malade a succombé.

F..., opéré neuf jours après la première colique, présente à l'opération un petit abcès postéro-externe et une telle abondance d'exsudats que je ne puis pas trouver l'appendice et que je me borne au drainage du foyer. *Mort par septicémie consécutive à une fusée purulente remontant jusque sous le foie.*

B..., atteint le 4 décembre 1900 de douleurs iliaques, est opéré le 12; à l'incision de la tuméfaction iliaque, issue de caillots sanguins comme à l'ouverture d'un anévrisme; mais avec les caillots, liquide séreux et sanguinolent à odeur fécaloïde qui ne laissait aucun doute sur la provenance intestinale de l'affection. La cavité infectée allait de l'arcade crurale au-dessus de la crête iliaque où l'on sentait comme une espèce de barrière qui y formait le cul-de-sac supérieur. Drainage sans résection de l'appendice. Huit jours après, nécessité d'une incision lombaire pour drainer une collection purulente sus-iliaque; deux mois après, sortie par la plaie d'un calcul stercoral gros comme une noisette.

J..., est opéré le onzième jour d'un volumineux abcès iliaque: on retire un litre de pus mélangé à du sang d'une poche que l'exploration du doigt montre bien limitée de toutes parts. Quatre jours après, nouvelle intervention pour l'ouverture d'un abcès gros comme une mandarine situé sous la lèvre interne de l'incision entre le péritoine pariétal et les anses intestinales agglutinées. Le 15e jour, nécessité d'ouvrir un abcès qui se dirige vers la cavité pelvienne. Le 20e jour, phlébite de la veine fémorale gauche.

M..., opéré le 6e jour. Abcès inféro-interne du cæcum recouvert par de l'épiploon infiltré. Résection de l'appendice. A fait à la suite une broncho-pneumonie avec pleurésie droite, qui a retenu le malade au lit pendant près de deux mois.

C...., opéré le 6e jour. Petit abcès à la face interne du cæcum. Ablation de l'appendice. Ictère et petite fistule stercorale qui se ferme le 10e jour.

B..., opéré le 5e jour. Appendice inclus dans un cornet épiploïque, avec un peu de sérosité. Résection de l'appendice et de l'épiploon infiltré. Petite fistule stercorale qui a duré quatre jours.

C..., opéré le 8e jour. Abcès rétro-cæcal contenant une cuiller à bouche d'un liquide chocolat clair. Bronchite consécutive.

B..., premières douleurs remontant à un mois. Péritoine rouge, anses intestinales injectées, surtout le cæcum, épiploon congestionné. Abcès rétro-cæcal contenant du pus liquide, jaunâtre, avec quelques taches de sang et une odeur fécaloïde des plus marquées. Ablation de l'appendice. Broncho-pneumonie grave.

Depuis que je me suis décidé à intervenir rapidement, sur neuf malades que j'ai ainsi opérés, je n'en ai pas perdu un seul et tous ont rapidement guéri. Ces malades n'ont plus d'histoire à partir du jour où leur appendice a été enlevé et leur fosse iliaque

droite drainée. Et l'on s'explique le fait en voyant l'état des lésions trente-six ou quarante-huit heures après le début de l'affection. Ainsi, chez le dernier malade que j'ai opéré quarante-huit heures après le premier malaise, j'ai trouvé le cæcum entouré d'exsudats jaunâtres qui se prolongeaient sur le mésentère et qui m'ont semblé tout préparés à porter l'infection au delà du siège de l'appendicite. La suite a prouvé que j'avais rendu service au malade en le débarrassant de cette traînée septique.

De même que l'observation clinique, la technique opératoire m'encourage à ne pas différer l'intervention. Je n'ai jamais eu grandes difficultés à nettoyer le foyer septique quand je l'ai attaqué peu après sa formation. L'épiploon se décolle et s'écarte, le cæcum s'amène au dehors, l'appendice se découvre, se lie et se résèque, tout cela sans difficultés. En prenant soin de limiter en dedans le foyer inflammatoire avec de la gaze, la grande cavité péritonéale est protégée et on peut, au cours prudent de l'opération, recueillir facilement sur des compresses le liquide septique qu'un coup de doigt finit toujours par faire écouler. On ne peut nier que lorsqu'on a bien nettoyé la région cæcale, enlevé l'appendice, essuyé avec des compresses chaudes et humides la région infectée, remis en place l'intestin et son voile épiploïque, on ne peut nier qu'on a l'impression d'avoir fait bonne besogne. C'est un gros argument en faveur de l'intervention immédiate que la possibilité d'enlever l'appendice. C'est de lui que vient le mal et c'est lui qui peut continuer d'infecter l'économie par les voies lymphatiques. Or, on ne peut pas enlever l'appendice, ou on y arrive trop difficilement, si l'abcès péri-appendiculaire a pris de l'extension. On l'abandonne dans la paroi du foyer abcédé; et son élimination prolonge la suppuration, quand sa présence n'est pas la cause d'une nouvelle crise appendiculaire ou de complications à distance (pleurésie, phlébite, etc.).

J'ajouterai qu'en admettant que la tuméfaction péri-appendiculaire se refroidisse sans incident, la résection à froid de l'appendice sera souvent très délicate. L'intestin peut être enveloppé d'une gangue fibreuse où sa paroi est très difficile à distinguer, et j'ai dû dans quelques cas abandonner la recherche de l'appendice à cause d'un suintement sanguin abondant et la crainte de perforer le cæcum.

Quant à l'appendicite simple, je l'opère dès que je suis sûr de son existence. J'ai vu mourir de péritonite un certain nombre de malades dont l'infection péritonéale avait été précédée d'une période d'observation plus ou moins longue pendant laquelle l'appendice avait été cliniquement seul en cause. Je vous ai communiqué trois cas de mort par toxémie consécutive à des appen-

dicites gangréneuses à symptômes insidieux. Je crois fermement que tout malade atteint d'appendicite est menacé de péritonite et d'infection générale ; et j'éteins l'étincelle avant l'incendie. Il n'y a aucune complication opératoire à craindre. L'intervention se fait aussi facilement qu'à froid; et le malade, en admettant que l'affection ait dû avoir une marche spontanée vers la guérison, économise le temps de l'attente du refroidissement.

Est-ce à dire que je vais ouvrir le ventre de tout malade qui a un peu de malaise et de douleur dans la fosse iliaque droite? Evidemment non : je tiens à un diagnostic ferme d'appendicite. Je le fais quelquefois au premier examen. J'ai besoin ailleurs d'une observation prolongée. Cette dernière condition me rapproche des temporisateurs. Mais n'est-ce pas une règle de la clinique de laisser subsister des incertitudes sur les cas limites, puisque la nature ne fait rien par sauts?

Je me résumerai en disant :

J'opère toujours et le plus tôt possible les appendicites avec réaction péritonéale.

J'opère sans retard les appendicites, avec tuméfaction de la fosse iliaque droite.

J'opère les appendicites sans complications dès que le diagnos tic est porté.

Ce sont des formules : on ne peut guère les éviter dans le traitement des affections complexes, parce qu'elles ont l'avantage de préciser les idées de l'observateur à l'égard de ceux qui veulent bien s'en rapporter à son expérience.

Rapport.

Oblitération congénitale de l'intestin grêle, par M. LETOUX (de Vannes).

Rapport de M. Th. TUFFIER.

Messieurs, l'observation d'oblitération congénitale de l'intestin grêle que nous a adressée M. le Dr Letoux (de Vannes) et sur laquelle vous m'avez chargé de présenter un rapport est de celles qui ne se présentent pas souvent à vos discussions. Si, en effet, les cas d'oblitération congénitale de l'intestin en général et de l'intestin grêle en particulier ne sont pas d'une excessive rareté, il n'en est pas moins vrai qu'ils n'ont guère intéressé, jusqu'en ces dernières années, que les accoucheurs et les anatomo-patholo-

gistes. Les interventions qu'on a cru devoir pratiquer pour remédier aux accidents graves causés par cette anomalie se comptent : Je n'en connais qu'une trentaine de cas publiés et, parmi eux, ceux de nos collègues Kirmisson (*Maladies chirurgicales*, 1898, p. 414), Chaput (*Journal de médecine de Paris*, 1894, p. 425) et Broca (*Thèse de Ecoffet*, Paris, 1900, p. 40). Aussi devons nous remercier M. Letoux de l'observation nouvelle qu'il nous a apportée et qui me vaut l'occasion de vous rappeler un chapitre aussi intéressant que peu connu de pathologie chirurgicale.

Voici cette observation :

Auguste L..., né à terme le 27 août 1901, mort le 3 septembre 1901.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants et bien constitués, ne présentant aucune espèce de malformation. Un autre enfant vivant est bien constitué.

Auguste L... ne présente aucune malformation apparente. Il est conduit à la consultation du service de chirurgie le 2 septembre *au soir*, c'est-à-dire sept jours après sa naissance. La personne qui le conduit raconte que depuis sa naissance l'enfant n'a pas eu de selle, n'a pas rendu son méconium. Le ventre est très ballonné, l'enfant vomit. Une sonde a été introduite dans l'anus sans résultat. Je ne vois l'enfant que le 3 septembre, au moment où je reprends mon service, à la fin de mes vacances. A ce moment je constate qu'il s'agit bien d'un enfant à terme, de taille moyenne, ne présentant aucune malformation apparente, mais cet enfant est en danger immédiat de mort; en effet le ventre est tendu à éclater, les extrémités sont froides, la peau est marbrée, le pouls échappe à l'examen. Il n'y a pas une minute à perdre et j'interviens immédiatement, sans aucune espèce d'anesthésie, le pauvre petit ne sentira rien, ou du moins n'a plus la force de crier, de se plaindre.

Intervention. — Une incision périnéale allant du scrotum au coccyx coupe l'anus. Les bords sont repérés par des pinces à griffes et étalés. L'incision creuse en profondeur et continue d'inciser un anus d'apparence normale. Rien dans la profondeur, et cependant quand l'enfant fait des efforts, le périnée se bombe. Le coccyx, puis une partie du sacrum sont réséqués, et les recherches portent surtout en arrière, sans succès d'ailleurs. Je continue de trouer un cul-de-sac anal qui se laisse étaler très largement et se continue sur un infundibulum perméable, laissant passer un stylet. Mais comme je suis à une profondeur de 5 centimètres et que le stylet ne ramène rien, je me décide à abandonner la voie périnéale. Un tampon de gaze aseptique comble la brèche et fait l'hémostase.

L'enfant retourné, j'incise le ventre dans la fosse iliaque gauche, incision partant du bord externe du grand droit près de l'arcade et remontant en haut et en dehors. L'incision mesure environ 6 centimètres. La peau et les tissus sous-jacents sont infiltrés de sérosité. Les différentes couches sont très facilement mises en évidence par le bistouri. Le péritoine apparait noirâtre, présentant des adhérences; il est incisé, un peu de méconium s'écoule. J'abandonne alors l'idée de

rechercher l'ampoule. Le péritoine est repéré; au-dessous de lui, j'incise une seconde enveloppe, c'est sans doute l'intestin. Une grande quantité de méconium mêlé de sang s'écoule, mais lentement; je fixe à la paroi, par quatre fils, les lèvres de cette enveloppe incisée; un drain du volume d'une sonde Nélaton n° 16 pénètre facilement vers le haut, jusqu'à une profondeur de 5 centimètres; je le laisse à demeure. Pansement aseptique après lavages à l'eau bouillie. L'enfant meurt trois heures après.

Autopsie. — M. Dorsot, médecin de marine, veut bien se charger de l'autopsie.

Il pratique d'abord une incision au niveau de l'anus iliaque. La dissection de la paroi est très difficile, à cause des nombreuses adhérences. Il constate que je n'ai pas ouvert l'intestin et que mon drain s'est égaré derrière le grand épiploon, dans une cavité remplie de méconium. En arrière, l'intestin grêle forme une masse noirâtre. Les anses sont agglutinées les unes aux autres et baignent dans le méconium dont elles sont d'ailleurs remplies. En un point cet intestin grêle présente une perforation grande comme l'ongle du petit doigt. Les bords de cette perforation sont de couleur jaune pâle, ce qui tranche bien sur la couleur noire du reste de l'intestin. L'estomac est détaché au niveau du cardia; et toute la masse de l'intestin grêle étant, après dissection, basculée, en avant, on aperçoit un cordon blanchâtre plus petit qu'une plume d'oie et qui s'étend de l'infundibulum anal jusqu'à la terminaison de l'intestin grêle, en contournant la masse formée par l'intestin grêle, derrière laquelle il passe.

Ce cordon représente le gros intestin et la partie terminale de l'intestin grêle; le gros intestin commence au niveau d'une ampoule (ampoule rectale). Son volume qui à l'origine, est très peu considérable, atteint vers le cæcum les dimensions d'une plume d'oie. D'un bout à l'autre on peut constater la présence d'un canal très étroit, mais perméable. Les parois sont épaisses et résistantes. Je ne trouve pas de méconium dans cette portion de l'intestin. La longueur de cet intestin rétréci est de 41 centimètres. Le cæcum est gros comme un haricot, il est vide et son appendice moins gros qu'une plume d'oie mesure 4 centimètres. L'intestin grêle est rétréci sur une longueur de 6 centimètres, il est vide. Plus haut il reprend ses dimensions, — mais à 6 centimètres du cæcum on voit très nettement une collerette péritonéale; cette collerette présente un très petit orifice, à travers lequel passe l'intestin; c'est bien le point où est arrêté le passage du méconium. Il y a là un étranglement. Au-dessous l'intestin est vide. Il n'est pas seulement vide, il est très certainement modifié.

M. Letoux termine son observation en disant : « Si je donne ce cas c'est à cause de son extrême rareté : mes recherches ne m'ont fourni que la communication faite par Depaul à l'Académie de médecine en 1856. »

J'ai déjà dit, au début, que cette rareté des rétrécissements congénitaux de l'intestin grêle n'est pas aussi excessive. La statis-

tique de Schlegel (Zur Kasuistik des angeborenen Darmverschlusses und der fœtalen Peritonitis, *Dissertation*, Bern, 1891), la plus considérable parue sur ce sujet, comprend 54 cas d'atrésies et sténoses congénitales portant exclusivement sur le jéjuno-iléon. Cette statistique nous renseigne également sur la fréquence relative de ces oblitérations par rapport à celles des autres segments de l'intestin, duodénum et gros intestin (les imperforations et rétrécissements de l'anus et du rectum mis à part). Nous y voyons que, sur un total de 89 cas d'atrésies et sténoses congénitales du tractus intestinal, 54 portaient sur l'intestin grêle (60, 6 p. 100), 29 sur le duodénum (32,5 p. 100) et 6 seulement sur le côlon (6, 6 p. 100). Dans cette courte étude je m'en tiendrai uniquement aux *oblitérations de l'intestin grêle*, pour ne pas m'écarter du sujet que nous a fourni l'observation de M. Letoux. Je vous fais grâce ici de toutes les recherches bibliographiques auxquelles je me suis livré à ce propos, mais je ne puis cependant passer sous silence et je tiens à vous signaler un important mémoire paru récemment sur ce sujet, celui du professeur Braun (de Gœttingen) [Ueber den angeborenen Verschluss der Dünndarms und seine operative Behandlung, *Beiträge zur klin. Chir.*, 1903, t. XXXIV, p. 993], mémoire qui étudie surtout la question de l'intervention opératoire et dans lequel se trouvent rapportées 25 observations où cette intervention fut pratiquée. Avec cinq autres que j'ai recueillies dans la littérature et celle, inédite, de M. Letoux, cela fait un total de 31 cas opérés, total suffisant pour justifier la courte étude que je vous soumets aujourd'hui ainsi que les conclusions thérapeutiques que j'ai cru devoir en tirer. Je reviendrai d'ailleurs incessamment sur cette question dans un mémoire plus complet auquel je travaille actuellement.

Ceci dit sur la fréquence, je dirai quelques mots de la pathogénie de l'affection.

La *pathogénie* des oblitérations congénitales de l'intestin grêle est peut-être le chapitre le plus intéressant mais c'est aussi le plus obscur de leur étude, et le fait que je viens de vous rapporter n'est pas fait pour l'éclairer. Ce qu'on peut dire, c'est que cette pathogénie est très variée.

L'éloignement fréquent des deux bouts de l'intestin oblitéré a fait songer à un *arrêt de développement* : von Ammon, en 1839, avait déjà émis cette hypothèse, mais cet auteur s'appuyait sur des théories embryogéniques erronées. Tout récemment, au troisième Congrès des anatomistes (Lyon-Nancy, 1901), Jaboulay a donné à cette hypothèse une autre forme et une plus grande vraisemblance en mettant l'arrêt de développement sous la dépendance d'anomalies vasculaires de l'intestin.

Pour plusieurs auteurs l'occlusion intestinale serait la conséquence d'une *péritonite fœtale*, le plus souvent de nature syphilitique (Silbermann, Simpson) ou tuberculeuse (Mauclaire) (survenant pendant la vie intra-utérine), laquelle, par l'agglutination des anses intestinales et par la formation de pseudo-membranes, déterminerait une occlusion plus ou moins complète. Ces adhérences peuvent disparaître, alors que la lésion intestinale reste acquise (Fiedler) ou persister sous forme de membranes, de brides qu'on trouve à l'opération ou à l'autopsie. N'est-ce pas une lésion de ce genre qu'il conviendrait d'invoquer dans l'observations de M. Letoux? « A six centimètres du cæcum, nous dit ce dernier, on voit très nettement, autour de l'intestin grêle, une collerette péritonéale qui présente un très petit orifice à travers lequel passe l'intestin. »

Peut-être aussi s'agit-il là d'un de ces *orifices anormaux du péritoine*, du *mésentère*, du *mésocôlon* ou du *grand épiploon* qu'on rencontre parfois comme cause de l'étranglement interne chez l'adulte et qu'on a signalés également comme cause de l'occlusion intestinale chez le fœtus.

En tout cas il ne peut s'agir ici de la *torsion de l'intestin* autour de son axe qui a été souvent invoquée pour expliquer l'oblitération congénitale de l'intestin grêle. Ce mécanisme cependant n'est pas douteux dans certaines observations, que la torsion se fasse d'ailleurs brusquement ou lentement (Hüttenbrenner); certaines observations sont à cet égard absolument démonstratives. La torsion n'a pas besoin d'ailleurs d'être accentuée : il suffit qu'elle soit amorcée pour que l'accumulation du méconium en amont de l'obstacle entraîne davantage la portion d'intestin dilatée et favorise la torsion; la péritonite consécutive, grâce aux adhérences qu'elle crée, complète le rétrécissement et fixe la torsion.

J'ai déjà signalé tout à l'heure — et j'y reviendrai encore plus loin — l'écartement plus ou moins considérable qui sépare les deux bouts de l'intestin oblitéré. Cet écartement trouve, dans certains cas, son explication dans une *invagination intestinale* suivie de gangrène du bout invaginé et de rupture finale dans la solution de continuité de l'intestin. La possibilité de ce mécanisme est prouvée par l'observation très nette de Braun, par celle de Chiari et peut-être aussi par celle de Kirchner.

L'existence, admise par plusieurs auteurs, d'*oblitérations cicatricielles*, consécutives à des altérations inflammatoires ou à des ulcérations de la paroi intestinale, bien qu'*a priori* très acceptable, n'a pas encore été démontrée de façon satisfaisante.

L'*oblitération membraneuse* de l'intestin, signalée dans plusieurs cas, n'est d'ailleurs pas de nature cicatricielle : il s'agit toujours

là d'un véritable septum formé par la muqueuse. Pour expliquer la formation de ce septum, les uns invoquent un étranglement intestinal primitif par simple bride circulaire, le bout supérieur de l'intestin s'étant ensuite progressivement dilaté au point de simuler, au niveau de l'étranglement, une véritable cloison; les autres, au contraire, estiment qu'il s'agit là d'une véritable prolifération active d'un repli circulaire de la muqueuse intestinale, repli qui, s'accroissant excentriquement, finit par souder ses bords et par obturer ainsi la lumière de l'intestin.

Pour terminer, laissez-moi enfin vous signaler la théorie pathogénique qu'Ahlfeld a émise pour expliquer l'absence totale de tout le bout inférieur dans certains cas d'atrésie congénitale de l'intestin. Cette anomalie serait due à une véritable section, dans les premiers stades du développement embryonnaire, au moment de la fermeture de la paroi abdominale, de toute une portion d'intestin restée en dehors de cette paroi.

L'*anatomie pathologique* des oblitérations congénitales de l'intestin grêle nous intéresse particulièrement, nous, chirurgiens, parce que c'est de l'étude des lésions que nous tirerons avant tout nos indications opératoires.

Je viens de citer les *cloisons membraneuses* qui obturent plus ou moins complètement le canal intestinal. Ces cloisons peuvent être multiples et s'étayer à intervalles plus ou moins éloignés sur un même intestin. Plus souvent l'ATRÉSIE *porte sur tout un segment* plus ou moins long d'intestin qui se présente alors sous l'aspect d'un cordon plus ou moins ténu, réunissant les deux autres bouts de l'intestin terminés en cul-de-sac. L'examen microscopique de ce *cordon* a montré, toutes les fois qu'il a été fait, qu'il s'agissait bien là d'*un cylindre intestinal atrophié*, mais encore parfaitement reconnaissable à sa muqueuse et à sa musculature. C'est en pareil cas surtout qu'on peut songer, comme facteur étiologique, à un arrêt de développement de l'intestin; presque toujours, en effet, on remarque alors l'*absence totale du mésentère au niveau du segment atrophié* et même quelquefois au niveau des extrémités des bouts supérieur et inférieur de l'intestin.

Ceux-ci peuvent du reste *se trouver complètement séparés* l'un de l'autre, c'est-à-dire sans cordon intermédiaire. Dans ce cas, ou bien le mésentère fait également défaut au niveau de la solution de continuité intestinale, ou bien le mésentère passe d'un bout de l'intestin à l'autre sans interruption. Pour expliquer la première disposition, il est encore logique de faire intervenir un arrêt de développement; mais dans le second cas, ne convient-il pas plutôt de songer à un de ces exemples d'invagination intestinale suivie d'élimination du cylindre invaginé et de séparation des deux bouts

intestinaux dont Braun et Chiari nous ont cité des exemples? Dans les cas de ce genre, d'ailleurs, — j'entends ceux où la continuité n'est pas interrompue, — les deux bouts de l'intestin sont peu éloignés l'un de l'autre. Au contraire, dans les observations de la première catégorie, on note très souvent un écartement considérable des deux bouts intestinaux, l'un se trouvant, par exemple, sous le foie, et l'autre dans la fosse iliaque ou même dans le petit bassin.

Les *atrésies segmentaires*, comme les atrésies valvulaires, peuvent être *multiples* et s'échelonner en nombre et à des distances variables le long du tractus intestinal; il existe aussi des *combinaisons variées d'atrésies et de sténoses.*

Enfin, pour être complet, il me reste encore à signaler les cas (Voisin, Cohen, Ahlfeld) où l'oblitération de l'intestin grêle se compliquait, en outre, d'une absence totale du gros intestin, anomalie dont j'ai donné plus haut la pathogénie probable, et cette observation, jusqu'ici unique dans son genre, de Fairlad, dans laquelle il s'agit d'un enfant présentant une division du duodénum en deux conduits secondaires dont l'un, perméable, mais absolument vide, se continuait jusqu'à l'anus, tandis que l'autre, long seulement de 32 centimètres, était distendu par du méconium et servit à placer l'anus artificiel.

Un des points les plus intéressants de l'étude anatomo-pathologique de ces anomalies intestinales, intéressant surtout au point de vue chirurgical, concerne *les caractères qui distinguent vis-à-vis l'un de l'autre les deux segments de l'intestin situés au-dessus et au-dessous de l'atrésie.* Parmi ces caractères il en est un, qu'on pouvait d'ailleurs prévoir *a priori*, et qu'on retrouve dans toutes les observations, quels que soient le mode et le degré d'atrésie : c'est la *dilatation plus ou moins considérable, mais constante, du bout supérieur*, et le *rétrécissement non moins constant et le plus souvent très accentué du bout inférieur*, côlon compris. Le volume de ce bout inférieur se trouve comparé, par les observateurs, à celui d'un crayon, d'une plume d'oie, d'un ver de terre; son calibre n'atteint souvent que quelques millimètres de diamètre.

Il existe néanmoins quelques exceptions à cette règle. C'est ainsi que dans certains cas on a noté, en aval d'atrésies cependant très marquées, une *dilatation plus ou moins notable du bout inférieur.* C'est que, dans ce cas, il existait une *deuxième atrésie* située plus bas, atrésie qui avait empêché l'élimination du mucus et des produits épithéliaux et occasionné leur accumulation dans le segment intercepté.

Je n'insisterai pas sur ce qu'on trouve dans les deux bouts intestinaux, en amont et en aval de l'atrésie: en amont, c'est toujours

une quantité plus ou moins considérable de méconium bien coloré ; en aval, on ne rencontre qu'un rare magma gris-clair formé de mucus et de cellules intestinales agglomérés. L'*absence de coloration* de ce magma doit s'expliquer par la formation de l'atrésie antérieurement à l'établissement de la sécrétion biliaire. Je rappelle en passant que c'est au milieu de ce magma que Braun a pu découvrir les restes d'un cylindre intestinal invaginé et donner ainsi un des modes pathogéniques de l'occlusion intestinale chez le nouveau-né.

De la *symptomatologie*, du *diagnostic* et du *pronostic* j'ai peu de choses à dire.

Les *symptômes* de l'oblitération congénitale de l'intestin grêle sont toujours les mêmes dans tous les cas. Toujours on voit survenir, dans les premières heures ou dans les premiers jours qui suivent la naissance, et à l'occasion de la moindre tétée, des vomissements plus ou moins violents et plus ou moins précoces. Ces vomissements sont formés de lait pur ou de lait déjà en partie digéré et plus ou moins teinté par la bile. Par l'anus, pourtant parfaitement perméable, on ne voit sortir aucune parcelle de méconium.

Dans le rectum, le doigt peut s'enfoncer de plusieurs centimètres ; mais, le plus souvent, il se trouve vite arrêté devant un rétrécissement infranchissable et parfois tellement étroit qu'il est imperceptible et que l'ampoule rectale semble se terminer en cul-de-sac. Généralement le toucher rectal permet, pendant les cris et les efforts de l'enfant, de sentir le choc d'une anse distendue contre l'extrémité du doigt.

Le ventre de l'enfant est plus ou moins ballonné, et l'on voit nettement se dessiner le péristaltisme des anses distendues. Le plus souvent, presque toujours, l'état général est grave : l'enfant est pâle, chétif, émacié, dans le demi-coma, avec un pouls filiforme et une température au-dessous de la normale ; il est généralement mourant quand on l'apporte sur la table d'opération.

Le *pronostic* de cette affection, en effet, est fatal. Le plus souvent la mort survient dès les premiers jours ; on cite cependant des enfants qui vécurent dix, quatorze, dix-huit et même vingt et un jours (Katz). A ce point de vue, le siège de l'atrésie intestinale n'exerce aucune influence, ainsi qu'on pourrait le penser *a priori* : c'est ainsi que le petit malade de Laborde vécut *dix-huit jours avec une oblitération siégeant à 20 centimètres du duodénum*. Il y a là plutôt une question de résistance particulière de la part du sujet.

Le *diagnostic* s'appuiera sur les symptômes précités et pourra

dans la très grande majorité des cas être porté avec certitude. Cependant le rétrécissement infranchissable du rectum qu'on rencontre toujours dans ces cas a prêté quelquefois à une erreur de diagnostic en faisant penser à une *atrésie ou à une imperforation de ce conduit* et en portant les opérateurs à intervenir par la voie périnéale.

En ce qui concerne le diagnostic du *siège* approximatif de l'oblitération, il ne faudra pas trop compter pour l'établir sur l'intervalle de temps qui sépare les vomissements des prises de lait (Davies-Colley n'a-t-il pas vu les vomissements survenir au troisième jour seulement dans un cas d'oblitération siégeant à 22 centimètres au-dessus du cæcum, alors que Charrier les a vus apparaître une heure déjà après les tétées dans une atrésie située au niveau de la valvule de Bauhin?). On pourra se régler plutôt sur la coloration ou la non-coloration par la bile des matières vomies pour distinguer une oblitération du pylore ou de la portion initiale du duodénum d'une atrésie de l'intestin grêle ou du gros intestin. Enfin le degré de météorisme abdominal pourra également servir de mesure pour l'étendue du segment intestinal distendu par le méconium et les gaz.

Traitement. — J'ai pu réunir une statistique de 31 interventions opératoires pour oblitération congénitale de l'intestin grêle ; avec le cas de M. Letoux cela fait un total de 32 cas. 25 de ces cas m'ont été fournis par la statistique de Braun (*loc. cit.*) ; les 6 autres sont ceux de Kirmisson (1), Chaput (2), Broca et Savariaud (3), Mauclaire (4) (2 cas) et Villemin (5).

Sur ces 32 cas, 26 fois on a fait l'*entérostomie*, 4 fois l'*entéro-anastomose*, 2 fois l'*iléostomie périnéale*, 1 fois on se contenta d'inciser une atrésie rectale haut située, et dans 1 cas la *laparotomie* resta *exploratrice*, l'opérateur n'ayant pu se rendre un compte exact de la nature et de la disposition des lésions. A côté de ce cas je rangerai celui de M. Letoux dans lequel le chirurgien croyant avoir ouvert l'intestin, ne draina, en réalité, que l'arrière cavité des épiploons.

Dans 6 cas l'intervention fut commencée avec l'idée qu'on avait affaire à une atrésie rectale haut située, et on essaya d'abord d'atteindre l'intestin par la voie périnéale, dans 5 cas, ces tentatives

(1) Kirmisson (*loc. cit.*),
(2) Chaput (*loc. cit.*).
(3) Broca et Savariaud (*loc. cit.*).
(4) Mauclaire (*Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, déc. 1899, p. 1057, et déc. 1900, p. 1031.
(5) Villemin (*Bull. de la Soc. de Pédiatrie*, juin 1899, p. 133.

étant restées vaines, on se décida à faire la laparotomie suivie d'entérostomie ou d'entéro-anastomose.

Seul, M. Kirmisson parvint, par la voie périnéale, à ouvrir aux ciseaux l'anse grêle (?) distendue, à donner issue au méconium et à fixer ensuite l'ouverture intestinale aux bords de la plaie périnéale. Une autre iléostomie périnéale fut faite par M. Mauclaire, mais cette fois en procédant par la voie abdominale. Au lieu de faire un anus contre nature sur le bout supérieur de l'intestin grêle terminé en cul-de-sac, M. Mauclaire put abaisser assez facilement le bout supérieur et l'aboucher dans la cavité anale, après avoir perforé le cul-de-sac péritonéal pariétal, de sorte que, dans la cavité anale, nouveau cloaque, débouchaient et l'intestin grêle abaissé et le gros intestin en véritable état d'exclusion.

Pour en terminer avec l'entérostomie je dirai que 9 fois l'anus artificiel fut fait à gauche, 4 fois à droite, 5 fois sur la ligne médiane, 1 fois dans la région lombaire ; dans tous les autres cas, le siège de l'incision n'est pas spécifié dans les observations. Braun fit jusqu'à 4 incisions chez le même enfant, 1 incision périnéale, 1 dans chaque fosse iliaque ; la dernière enfin, suivie de 2 entéro-anastomoses, sur la ligne médiane.

En ce qui concerne la date où furent faites ces interventions — entérostomies ou entéro-anastomoses : — 8 fois au 1er ou au 2e jour de la naissance, 10 fois au 3e jour, 3 fois au 4e, 1 fois au 5e, 3 fois au 6e, 1 fois au 7e, 1 fois au 10e, 1 fois même au 18e jour seulement. Enfin dans 3 cas la date de l'intervention n'est pas spécifiée.

Toutes les opérations furent suivies de mort. Des 25 enfants entérostomisés, 18 succombèrent dans les premières 24 heures, 3 au 2e jour ; celui de Voisin, opéré au 10e jour, survécut 4 jours ; celui de M. Villemin, opéré au 4e jour, 5 jours ; celui de von Tischendorf enfin, opéré au 6e jour, 15 jours.

Des deux enfants chez lesquels on fit l'iléostomie périnéale, celui de M. Kirmisson succomba le lendemain de l'opération, et celui de M. Mauclaire survécut 12 heures seulement.

Des 4 enfants qui subirent l'entéro-anastomose, 3 moururent presque aussitôt après l'opération, et 1 (celui de Franke) au 3e jour.

L'enfant chez lequel on ne sectionna qu'une atrésie du rectum haut située succomba le soir même de l'opération, celui qui subit la laparotomie exploratrice, ne survécut que 24 heures, enfin le petit malade de M. Letoux mourut 3 heures après l'opération.

On peut se demander, en présence d'une statistique aussi noire, quel espoir on peut bien fonder sur l'intervention opératoire dans les cas d'oblitération congénitale de l'intestin grêle.

Il est certain que, dans les cas d'atrésies multiples ou d'atrésies haut situées sur l'intestin grêle, surtout quand on à affaire,

comme cela arrive le plus souvent, à des enfants qui vomissent déjà depuis plusieurs jours et qu'on apporte mourants sur la table d'opération, il est certain, dis-je, qu'en pareil cas il est impossible, même si l'enfant résiste à l'intervention, de songer à assurer ultérieurement sa nutrition : de pareils enfants sont fatalement voués à la mort, et à une mort à brève échéance. Mais lorsqu'on est appelé dès les premiers jours de la naissance, chez un enfant bien constitué et encore vigoureux, n'a-t-on pas le droit d'espérer qu'en opérant on trouvera peut-être une atrésie unique, bas située, et qu'il sera alors possible par une intervention appropriée d'assurer le bon fonctionnement d'un segment d'intestin suffisamment long dans lequel la digestion pourra se faire d'une façon satisfaisante pour maintenir l'enfant en état de santé ?

En pareille occurrence, que pourrons-nous faire pour cet enfant? Quatre procédés opératoires se présentent ici à notre choix; ce sont : *l'entérotomie* (simple section d'une valvule ou d'un septum membraneux), la *résection intestinale* suivie d'entérorraphie circulaire ou d'entéro-anastomose, *l'entéro-anastomose* simple, enfin *l'entérostomie* abdominale ou périnéale. Je ne m'arrête pas à la simple opération consistant après laparotomie dans la section de brides péritonéales ou la détorsion d'un intestin étranglé pour l'une ou l'autre de ces raisons; il est évident que, le cas échéant, il faudrait tenter la chose, mais sans fonder trop d'espoir sur la réussite de l'opération, les lésions étant le plus souvent trop anciennes pour être réparables.

J'en viens à *l'entérotomie.* C'est une opération logique dans les cas d'oblitération intestinale par une simple cloison membraneuse; mais il ne faut pas oublier ce que nous avons dit en étudiant l'anatomo-pathologie des lésions : c'est que toujours, en pareil cas, le segment d'intestin situé en aval de l'oblitération est tellement réduit de calibre que même après la section de la cloison ou sa résection, il serait impossible au méconium de franchir l'étroit trajet qui s'étend jusqu'à l'anus et dans lequel ne filtrent même pas les lavements qu'on introduit par l'anus. Or, on sait la densité et la viscosité du méconium qui sont souvent telles qu'elles n'ont pu sortir du bout supérieur après l'entérostomie. M. Broca ne nous dit-il pas dans son observation que les matières ont la consistance du mastic, qu'il est impossible de les faire cheminer par la pression et que c'est à peine si elles se laissent déprimer? M. Chaput, dans son cas, a d'abord fait l'entérotomie et a essayé en vain de faire passer dans le bout inférieur le méconium très épais, gluant, formant un véritable bouchon.

La *résection du segment intestinal atrésié* n'a jamais été mise à exécution, probablement parce qu'elle est inexécutable. Comment,

en effet, espérer pouvoir réunir bout à bout deux tubes présentant dans leurs calibres des différences aussi considérables que celles que nous avons signalées? Cette suture, fût-elle réalisable, ne courrait-elle d'ailleurs pas risque de rétrécir encore davantage le point d'entrée du bout inférieur déjà si rétréci?

J'en dirai autant de l'*entéro-anastomose* qui a été pratiquée pourtant dans 4 cas. Sans parler de l'extrême difficulté qu'on a de placer une double rangée de sutures sur un segment intestinal aussi réduit de calibre que l'est généralement le bout inférieur, il faut ajouter qu'une fois cette suture terminée, la lumière de ce bout inférieur se trouverait encore plus rétrécie à ce niveau qu'auparavant, en sorte qu'il serait impossible au méconium de se frayer là un passage du bout supérieur vers l'inférieur. Braun n'a-t-il pas dû successivement, dans la même séance, faire deux bouches entéro-anastomotiques superposées dont la seconde d'ailleurs n'a pas mieux fonctionné que la première?

En somme, il faut renoncer à rendre à la circulation le long cylindre intestinal situé au-dessous de la région oblitérée, et l'*exclure définitivement et franchement*. Le plus simple est donc de recourir de suite à l'*entérostomie*. C'est d'ailleurs l'opération la plus simple, la plus rapide, qui permet de parer de suite aux accidents présents, en réduisant au minimum le traumatisme opératoire et en réservant, du reste, pour l'avenir la possibilité d'une opération secondaire destinée à remédier à l'infirmité de l'anus contre nature. Partant de ce principe, voici la conduite que je tiendrais en présence d'une oblitération congénitale de l'intestin n'ayant son siège ni au niveau de l'anus ni sur le rectum.

Laparotomie médiane. Dévidement de l'intestin, et reconnaissance des lésions si possible. En tout cas, et sans perdre de temps à cette recherche, établissement d'un anus artificiel sur l'anse située en amont de l'obstacle et préalablement fixée à la plaie abdominale. Il est bien entendu que si cette anse était assez complaisante pour descendre jusqu'au contact de l'ampoule rectale, je ferais l'abouchement de l'anse dans cette ampoule comme l'a fait M. Mauclaire. Mais je crois que cette occasion s'offrira rarement et que le plus souvent il faudra se contenter de faire l'anus contre nature abdominal. Braun a proposé de fixer à la fois dans la plaie abdominale, par une suture, le bout supérieur et le bout inférieur, afin de se ménager la possibilité de retrouver facilement le bout inférieur dans les cas, par exemple, où, l'anus artificiel étant trop haut placé sur l'intestin pour que la nutrition de l'enfant soit possible, il importerait de rétablir ultérieurement la continuité du tube intestinal. Je crois, pour les raisons que j'ai dites plus haut,

qu'il ne faut pas se leurrer de l'espoir de pouvoir jamais utiliser non plus secondairement que primitivement, le bout inférieur de l'intestin, tant pour la nutrition de l'enfant que pour servir de canal d'évacuation au bout supérieur, et qu'il faut se résigner à voir succomber tôt ou tard les enfants porteurs d'atrésies et par conséquent d'anus artificiels haut situés. Mieux vaut donc exclure d'emblée, par une suture en bourse, le bout inférieur inutile et inutilisable. Quitte plus tard, si l'enfant survit et reprend des forces, à chercher à substituer à l'anus abdominal une iléostomie périnéale, en ayant recours au procédé employé par M. Mauclaire. C'est là une opération qui me semble absolument logique puisqu'elle a pour but de substituer à un anus incontinent l'abouchement de l'intestin grêle dans un cloaque fermé par un sphincter normal.

Telles sont les considérations que mes recherches provoquées par l'observation de M. le Dr Letoux, m'ont permis de vous présenter. Je vous propose de remercier son auteur et j'espére que ses nombreuses observations vous feront le placer en bon bon rang lors de la nomination de nos correspondants nationaux.

Présentations de malades.

Anus artificiel avec exclusion partielle du bout inférieur.

M. Tuffier. — Je vous présente deux malades, un homme et une femme, chez lesquels j'ai pratiqué *un anus artificiel* avec exclusion partielle du bout inférieur par un procédé un peu spécial. Ce procédé consiste, l'intestin étant fixé, ouvert et cousu à la paroi abdominale muqueuse à peau, à suturer partiellement, après avivement un repli muqueux pris le long du bord mésentérique du bout inférieur, à la lèvre inférieure de la plaie cutanée. De la sorte ce bout inférieur se trouve à coup sûr à l'abri de la pénétration des matières venant du bout supérieur, et cependant il présente encore un léger orifice qui sert de décharge aux sécrétions et aux amas épithéliaux qui continuent à s'amasser dans son intérieur.

Des deux malades que voici, l'une est opérée depuis un an, l'autre depuis quatre mois : chez tous les deux l'obturation partielle du bout inférieur remplit parfaitement le double but que je viens d'indiquer.

M. Routier. — Je crois que le résultat obtenu par M. Tuffier est surtout dû à ce qu'il a sorti et suturé le mésentère, car, dans

un cas où malgré tous mes efforts les fèces passaient dans ce bout inférieur, j'ai essayé de suturer non peut-être pas la muqueuse seule, mais la paroi postérieure tout entière pour tâcher de faire un éperon.

Je fus obligé de faire une troisième opération pour sortir le mésentère et le suturer.

M. Quénu. — Je partage l'avis de M. Routier. Le procédé de M. Tuffier n'est pas un perfectionnement. On arrive plus simplement à un bon résultat en attirant au dehors l'anse, en fixant de chaque côté le mésentère non seulement au péritoine, mais à l'aponévrose, et en suturant l'un à l'autre les deux cylindres; il faut avouer que la rétraction dépend aussi de la disposition anatomique de l'S iliaque parfois plaquée contre la paroi abdominale postérieure. J'ai suivi pendant plus de six ans des anus iliaques opérés pour des rectites syphilitiques et qui ont toujours bien fonctionné; de plus, le procédé de M. Tuffier peut avoir l'inconvénient de gêner l'expulsion des matières quelquefois dures et volumineuses formées dans le bout inférieur.

M. Schwartz. — Je suis d'avis que le meilleur anus contre nature définitif est celui qui a un bon éperon. J'emploie depuis nombre d'années la baguette de verre pour fixer l'éperon; au-dessous de la baguette, je traverse le méso par une languette de peau.

L'intestin est coupé au thermo-cautère le quatrième ou cinquième jour, et l'anus est établi avec deux orifices séparés : l'un du bout supérieur, l'autre du bout inférieur. Jamais dans ces cas je n'ai vu l'éperon disparaître, et les matières pénétrer dans le bout inférieur.

M. Walther. — Je crois comme M. Quénu, comme M. Schwartz que le procédé que vient d'exposer M. Tuffier a un inconvénient, l'obstacle à l'évacuation du bout inférieur. Il y a souvent une grande quantité de matières accumulées dans le côlon pelvien au-dessus de l'obstacle rectal, et le bout inférieur met parfois huit, dix, quinze jours et plus à se vider.

Je ne crois pas non plus que la fixation de la muqueuse ait grand effet sur la persistance de l'éperon. Le point capital pour avoir un bon éperon est la fixation définitive de l'anse au dehors. A ce point de vue le procédé de Maydl-Reclus a été un grand progrès. Mais il peut parfois être insuffisant à maintenir l'éperon. Je me souviens avoir, en 1889, suivi, dans le service de mon maître Trélat, un malade opéré suivant la technique récemment recommandée par M. Reclus. Au bout de trois mois environ,

l'éperon s'effaçait sous l'influence de la traction du mésocôlon et les matières tombaient en partie dans le bout inférieur.

Depuis 1894, j'emploie toujours le procédé suivant qui est une modification du procédé décrit par M. Charpy dans les *Archives provinciales de Chirurgie.* Il consiste à fixer sous l'intestin une languette de peau. Mais au lieu de faire comme M. Charpy une suture plan par plan de la paroi abdominale, je me contente simplement de faire passer à travers une boutonnière du mésocôlon la languette de peau qui est fixée au bord opposé de l'incision par trois points de catgut. Elle remplace la baguette de verre de Reclus, ou la mèche de gaze, et elle a l'avantage d'établir un obstacle définitif à la rentrée de l'intestin. L'opération est très simple et très rapide. Depuis 1894, depuis neuf ans, par conséquent, j'emploie exclusivement ce procédé qui m'a toujours donné d'excellents résultats.

L'éversion de la muqueuse, l'invagination peuvent être évitées par une incision petite et par la précaution de dissocier les fibres musculaires de la paroi abdominale de sorte que les muscles constituent un véritable sphincter autour de l'intestin.

M. Tuffier. — Je suis ravi de voir que tous mes collègues ont par des procédés différents des résultats très satisfaisants. J'ai vu de différents côtés des malades porteurs d'anus artificiels ayant à la longue des rétrécissements, des prolapsus ou des tendances à la reconstitution du canal intestinal, c'est pourquoi je vous ai montré le résultat à longue échéance d'un procédé d'une simplicité extrême.

M. Delangre (de Tournai) présente un malade porteur d'un *appareil prothétique* pour la réparation du nez. — M. Nélaton, rapporteur.

Présentations de pièces.

Grossesse extra-utérine rompue. Inondation péritonéale datant d'un mois environ. Laparotomie. Guérison.

M. Routier. — Les pièces que je vous présente proviennent d'une laparotomie que j'ai pratiquée le 3 février dernier; vous voyez un fœtus qui doit avoir trois mois environ, le placenta en partie greffé sur l'épiploon, l'ovaire et la trompe rompus.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, et c'est pourquoi je le présente ici, c'est qu'il m'a été pour ainsi dire impossible de pré-

ciser le moment où s'est faite la rupture qui a cependant occasionné une forte inondation péritonéale.

Je faisais le diagnostic de grossesse extra-utérine, mais le ventre souple était rempli comme par une ascite que je ne savais comment expliquer.

Elle ne venait à l'hôpital que parce que depuis cinq ou six jours elle avait des douleurs dans le ventre un peu plus fortes, et qu'il était survenu des vomissements et un peu de fièvre; elle avait en effet 38 degrés au moment de son entrée le 21 janvier.

Les dernières règles avaient eu lieu le 18 octobre 1902 et, après un interrogatoire répété et minutieux, il semblait que dans la nuit du 30 décembre 1902 elle avait eu une douleur avec frisson, un vomissement et une légère perte vaginale.

J'ai trouvé dans le ventre au moins 3 litres de sang liquide, noir, pas de caillots. Les manœuvres faites pour dégager cette grossesse extra-utérine gauche provoquèrent une hémorragie de cette trompe gauche au niveau de la rupture qui était déjà vieille et siégeait vers le tiers externe.

J'ai pu conserver les annexes droites. La malade va très bien.

Kystes dermoïdes des deux ovaires.

M. Potherat. — Je vous apporte deux kystes qui sont un nouvel exemple d'une affection dont j'ai déjà apporté ici plusieurs cas. Ce sont deux kystes dermoïdes développés dans les deux ovaires d'une femme que j'ai opérée il y a aujourd'hui douze jours et qui est guérie.

Le kyste du côté gauche avait le volume d'une forte tête de fœtus; il était porté sur un long pédicule qui lui avait permis de se développer hautement dans l'abdomen; le kyste du côté droit, du volume d'un poing d'adulte, était prolabé, et comme *coincé* dans le pelvis, au fond du Douglas; c'était celui-ci surtout qui donnait lieu à des accidents de douleurs vagues, de pesanteur dans le bas-ventre, de compression sur le rectum, les seuls accidents d'ailleurs dont cette jeune femme de vingt-huit ans, vigoureuse, bien portante, était affectée.

Ces deux kystes contenaient l'un et l'autre de la matière sébacée, de longs cheveux châtain foncé, comme ceux de la malade, roulés en gros pelotons libres, ou encore adhérents à la paroi; ils contenaient aussi, celui de gauche au moins, des pièces osseuses et des dents dans leur paroi.

En somme, dans tout cela, rien de spécial; ce sont là les mani-

festations anatomiques habituelles. Ce que je désire mettre en relief, c'est que cette malade, affectée d'un kyste dermoïde volumineux de ses deux ovaires, est devenue enceinte, a eu une grossesse sans incidents et a accouché normalement, il y a *seize mois* seulement.

La grossesse survenant chez une femme atteinte de kystes dermoïdes des deux ovaires n'est pas exceptionnelle; dans plusieurs de mes cas je vous ai déjà montré ce fait qui se révèle dans d'autres observations. De plus, dans ma dernière communication ici, j'ai montré comment cette grossesse est possible : le plus petit des deux kystes se séparait facilement d'une masse ovarienne importante, intacte, annexée à une trompe sans lésion.

Cette constatation faite, je m'étais bien promis, à la première occasion, le gros kyste enlevé, d'énucléer le second kyste et de laisser les annexes de ce côté au moins. L'occasion cherchée se présentait ici, je l'ai malheureusement laissée échapper, car, vous le voyez, il existe encore une masse ovarienne d'une réelle valeur à droite, masse que j'aurais pu isoler et garder avec la trompe correspondante; — je ne l'ai point fait parce que je n'ai reconnu la nature dermoïde des kystes qu'après l'ablation faite ; — J'attendrai donc un nouveau cas pour réaliser ce *modus faciendi* opératoire, réalisable et susceptible de conserver une femme à la maternité possible.

Pour terminer ce qui a trait au cas actuel, je dirai que le pédicule du kyste gauche avait une torsion de trois tours et demi, celui du côté droit une torsion d'un demi-tour. Ces torsions ne s'étaient accompagnées d'aucun des accidents, douleurs, péritonisme, adhérences secondaires, qui sont habituels ; il n'y avait ni adhérences, ni ascite.

La grossesse n'avait présenté aucun incident, et il ne semble pas qu'au cours de l'accouchement et des suites de couches on ait reconnu la présence de ces kystes.

Pour le secrétaire annuel,

A. Broca, archiviste.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1903

Présidence de M. KIRMISSON.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. BRUN, qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur l'appendicite.

M. FÉLIX LEGUEU. — L'appendicite est une maladie si grave et si troublante, les responsabilités qu'elle impose sont parfois si lourdes à porter, et notre manière de les comprendre est souvent si différente que sur ces questions brûlantes le moindre choc provoque le conflit, d'où résulte une discussion générale.

C'est ce qui est arrivé le 8 octobre, lorsque je présentai ici un fait isolé qui mettait nettement en cause la temporisation. Je pensais que des faits de ce genre ne méritaient pas de rester dans l'ombre, et aujourd'hui même encore, je ne regretterais nullement de vous l'avoir communiqué s'il ne m'obligeait, aujourd'hui, à résumer devant vous la discussion qu'il a soulevée.

Ce fait, dans sa cruelle simplicité, ce fait, dont on a tant dit ici

qu'il ne signifiait rien, disait en réalité tant de choses : il touchait si nettement les deux points qui nous divisent, il montrait si bien et l'impossibilité dans certains cas du diagnostic anatomique et les dangers de la temporisation bien faite, que vous ne pouviez le laisser passer sans commentaire, pas plus que ce plaidoyer vibrant par lequel mon maître et ami Segond en soulignait l'importance et la réelle signification.

Pour que, de la longue discussion qui va finir, d'autres, qui nous lisent, puissent tirer quelque profit, il ne suffit pas d'établir la proportion respective des deux parties en présence. Il est d'ailleurs, des opinions tellement imprégnées d'incertitude et d'hésitation que je ne saurais où les ranger, et puisque Broca, dans la dernière séance, a déjà établi le dénombrement des forces contraires, je me bornerai aujourd'hui à refaire la classification des raisons.

Je veux redire une fois encore — et je m'en excuse — je veux une dernière fois opposer les unes aux autres nos raisons d'attendre, et nos raisons d'opérer. C'est, à mon avis, la façon la plus simple et la plus utile de résumer une discussion longue et forcément un peu confuse par la divergence des idées et le contraste des opinions.

I. — Nous, opérateurs, nous invoquons trois raisons pour légitimer notre conduite. Nous invoquons les *principes*, l'*expérience* et le *sentiment*.

1° Nous invoquons une *raison de principe*, en ce que nous appliquons à l'appendice les règles fondamentales qui guident le chirurgien dans la thérapeutique de toutes les infections à foyer primitivement local.

Or, l'appendicite est une toxi-infection, et, sur ce point, nous sommes tous d'accord. De cette toxi-infection, les effets commencent à être connus. Les uns, locaux, nous ont longtemps seuls préoccupés ; les autres généraux, si bien mis en relief par les travaux remarquables du Professeur Dieulafoy, nous doivent préoccuper autant, sinon plus, puisqu'ils portent sur les grands viscères, le foie, les reins et atteignent souvent la plus haute malignité.

En outre, la toxi-infection qu'est l'appendicite a son point de départ initial dans l'appendice lui-même : que l'état antérieur du sujet joue un certain rôle sur l'évolution, voire même sur l'éclosion de la maladie, qu'une affection antérieure puisse favoriser l'apparition des accidents, nous n'en disconvenons pas. Mais le foyer primitif et initial, le laboratoire des toxines n'en reste pas moins l'appendice, et c'est de là que vont partir les deux éléments toxiques et infectieux dont les combinaisons variables

produiront les modalités multiples de la maladie. Telle est la notion fondamentale et toujours vraie qui résume actuellement toute la pathogénie de l'appendicite.

Supprimer par une opération hâtive le générateur de toxines et le dispensateur de microbes qu'est l'appendice, voilà le but que nous poursuivons. Et, en agissant ainsi, nous ne faisons qu'appliquer un des grands principes de la chirurgie, celui qui a dicté autrefois les amputations dans le tétanos, celui enfin qui nous pousse à supprimer ou au moins à ouvrir, à drainer tout foyer septique ou toxique. Nous avons, avec l'appendice, cet avantage de nous trouver, circonstance unique, en présence d'un organe inutile, dont la suppression n'entravera aucune fonction importante, et quand on nous objecte que nous n'enlevons pas une amygdale qui fait 40 degrés, nous répondons : « Nous n'enlevons l'amygdale ni pendant ses 40 degrés, ni le lendemain », parce que l'amygdale ne fait habituellement ni septicémie, ni gangrène, ni péritonite, et nous vous demandons, en outre, avec Quénu, quand vous prenez des comparaisons, de les choisir au moins parmi les choses qui se ressemblent et ont entre elles plus qu'une certaine analogie de structure.

2° Nous invoquons, ensuite, l'*expérience* qui nous montre d'abord que l'appendicite est grave.

a) *L'appendicite abandonnée à elle-même, tue par toxémie ou par péritonite.* — Il paraît aujourd'hui banal de répéter cette vérité, et il serait même ridicule de la redire ici, si quelques-uns de nos collègues n'avaient été jusqu'à insinuer que, à peu de chose près, l'appendicite n'avait que la mortalité qui résulte des opérations. Et mon collègue Delbet reprenant les vieilles statistiques de Guttmann, de Sahli, etc., arrive à établir par des chiffres que la mortalité de l'appendicite est très faible. Comme s'il n'était pas évident pour tous que la maladie appendiculaire est aujourd'hui singulièrement plus fréquente qu'elle ne l'était autrefois qu'elle revêt de nos jours, et plus particulièrement à certaines époques, une extrême malignité autrefois inconnue; enfin que, actuellement, nous savons rattacher à l'appendicite des formes graves que l'on croyait autrefois n'avoir avec cette maladie aucune relation, et qui, par conséquent, ne pouvaient figurer dans les statistiques de la mortalité appendiculaire.

Aussi bien je n'attache, pour ma part, aucune valeur à ces chiffres; la gravité de l'appendicite résulte de tout ce qui se voit partout autour de nous.

Et quant à moi, qui en quelques mois ai vu mourir d'appendicite deux de mes élèves, l'un parce qu'il ne put être opéré, et l'autre parce qu'il ne voulut pas l'être à temps; quant à moi qui, dans

ces dernières années, ai vu plus de trente péritonites appendiculaires, je me trouve sans doute placé sous un angle très spécial pour envisager le pronostic de l'appendicite, mais je crois encore à sa gravité.

b) *Le diagnostic de l'appendicite prête souvent à l'erreur.* — Parmi ces multiples formes que revêt l'appendicite, nous n'avons pas encore les éléments voulus pour établir en temps utile un diagnostic anatomique précis.

Nous ne pouvons même pas définir à coup sûr les réactions locales de l'appendicite; en dehors de la tuméfaction, qui est toujours un indice de suppuration présente ou passée, nous n'avons aucun élément pour reconnaître les abcès, et ceux de nos collègues qui, quoique temporisateurs prétendent, comme M. Reynier, opérer tous les abcès, refroidissent des suppurations bien plus souvent qu'ils ne le croient.

Ce n'est pas la forme anatomique qui a de l'importance, nous dit Ricard, c'est la forme clinique, et notre collègue a mille fois raison. Mais pour reconnaître la forme clinique, la difficulté est la même; diviser les cas en cas légers, moyens et graves, ne simplifie pas beaucoup la question. Car, si pour les cas légers et les cas graves, nous nous entendons parfaitement, nous ne savons plus ce qui distingue les moyens des graves, et c'est sur ce point que porte toute la discussion.

Cependant pour le diagnostic des formes de l'appendicite, quelques progrès ont été réalisés. M. Quénu prévoit à la douleur généralisée dans les premières vingt-quatre heures, l'appendicite gangréneuse : et certains faits rapportés ici confirment les prévisions de notre collègue. Espérons qu'il n'en sera pas comme de la dissociation du pouls et de la température; ce signe avait autrefois une réelle signification, mais les dernières observations nous le montrent si souvent en défaut qu'il est bien difficile de lui maintenir à l'avenir la place que nous lui accordions autrefois.

L'examen du sang a beaucoup plus de valeur, et je suis étonné de voir que, après les recherches à l'étranger de Curshmann, Baümler, Wassermann, Sonnenburg, et en France, de Cazin, au Congrès de 1902, on n'ait pas encore utilisé les ressources de ce moyen.

Dans l'appendicite, comme dans toute maladie infectieuse, le nombre des globules blancs est augmenté.

Cette augmentation subit des variations correspondantes aux diverses formes de l'appendicite.

Ainsi, dans les formes bénignes, l'augmentation qui arrive à 15 ou 20.000 au deuxième jour, par exemple, tombe subitement à 10.000 au troisième.

Au contraire, dans les formes graves avec gangrène, abcès ou péritonite généralisée, l'augmentation s'élève au delà de 20.000 et — c'est là surtout ce qui est caractéristique — elle reste à ce niveau à une époque où, si la forme était bénigne, la déferves cence leucocytaire devrait s'être déjà produite. L'examen du sang a donc une réelle valeur pour le diagnostic des abcès, pour la pose de l'indication opératoire, pour le pronostic à porter, car aucun des cas observés avec plus de 25.000 leucocytes n'a guéri sans opération.

Mais il faut, pour être autorisé à tirer ces conclusions, il faut des examens répétés, tous les jours ou deux fois par jour. Ailleurs, Messieurs, ce serait là un inconvénient sérieux, mais ici, où nous disposons à peu près de tout ce qui nous est nécessaire sous ce rapport, nous aurions vraiment tort de négliger un moyen de diagnostic dont la valeur scientifique n'est pas contestable et qui est de nature à nous fournir des notions que pour l'instant nous sommes incapables d'acquérir autrement avec la même sécurité.

c) *L'expectation armée à ses dangers.* — Et en fait, je comprends que souvent la fameuse expectation armée ait été prise en défaut. On croyait pouvoir attendre : tous les signes s'atténuent, puis subitement l'aggravation se manifeste, si terrible et si soudaine qu'il n'est plus temps d'intervenir ou qu'on n'intervient que trop tard. Rappelez-vous, Messieurs, la série imposante des faits qui nous furent ici rapportés par G. Marchant, par Routier, par Nélaton, par Tuffier, Potherat, Michaux, Reynier, Guinard, etc., et vous voudrez bien rien reconnaître avec moi ses surprises et ses dangers.

Et encore nous ne parlons que des faits qui se sont passés à notre portée, de ceux dont nous avons été témoins les uns ou les autres, et si nous sortions de ces limites, de combien cette liste funèbre ne pourrait-elle pas s'allonger !

Voici une appendicite qui commence : un temporisateur est appelé, il prescrit la glace, il applique sa méthode. Cependant les choses ne vont pas au mieux : quelques jours se passent, on attend encore, mais le malade va de plus en plus mal, et on appelle alors un autre chirurgien. Celui-ci vient, trouve un état très grave ; il ne veut pas opérer, et le malade meurt. Voilà un fait dont j'ai été témoin, il y a quelque temps. Eh bien ! qui est-ce qui est ici responsable ? La temporisation.

Et cependant le temporisateur ne peut parler de ce cas, ni le faire figurer dans ses statistiques, car il ne sait pas toujours ce qu'est devenu le malade, et le saurait-il qu'il pourrait dire : « Je n'en ai pas la responsabilité ; je ne l'ai pas suivi, ma méthode fut mal appliquée. »

Et nous, que le hasard quelquefois malicieux fait témoins de ces méfaits, nous pensons que le malade aurait pu dans les premières heures être opéré avec succès.

Et ainsi, Messieurs, en présence d'une affection grave par elle-même, d'une affection dont le pronostic trompa parfois les plus clairvoyants, nous craignons les surprises et nous opérons pendant la crise; et nous trouvons dans nos résultats la confirmation de notre pratique.

d) L'expérience en effet nous montre que la gravité de l'opération est *en raison inverse de sa précocité* : l'opération est d'autant plus bénigne qu'elle est plus tôt pratiquée.

C'est ce qui résulte de l'examen de toutes les statistiques dans lesquelles on tient compte de la notion de temps, de l'âge de la maladie.

Tous les malades que le Professeur Dieulafoy a fait opérer dans les trente-six premières heures ont guéri; tous les malades que Tuffier, Témoin, moi-même avons opérés dans les mêmes conditions, ont guéri.

Brinckmann (de Philadelphie) (1) donnait en 1901 le relevé heure par heure de 60 opérations à chaud avec 4 décès : les décès n'apparaissent qu'à la 48e heure, et 30 cas opérés avant, ne donnent aucun décès.

Ma statistique personnelle d'opérations à chaud plaide dans le même sens :

Sur 23 cas d'appendicite opérés dans les deux à trois premiers jours, je compte 22 guérisons et 1 mort (appendicite gangréneuse hypertoxique).

Sur 42 abcès ou péritonites à grands foyers, opérés entre le 3e et le 7e jour, je compte 5 morts.

Sur 21 péritonites généralisées, opérées entre le 5e et le 13e jour, je compte 19 morts et 2 guérisons. C'est là, il est vrai, le résultat de la chirurgie de garde, de cette chirurgie déplorable qui ne compte que des revers; elle charge d'un poids énorme les statistiques de ceux qui opèrent dans l'espérance de sauver de temps en temps un malheureux par ailleurs condamné.

Je ne puis m'empêcher de penser que opérés plus tôt, quelques-uns auraient guéri. Je puis donc dire que ces malades doivent la mort à ce qu'une opération utile n'a pas été faite à temps, et je regrette de n'avoir pu opérer que trop tard.

3° Enfin nous invoquons encore en faveur de l'opération une *raison de sentiment.* Nous sommes heureux de pouvoir opérer le malade pendant sa maladie, de lui apporter un remède pro-

(1) *Philadelphia Med. Journ.* 27 avril 1901, p. 821.

portionnel à son mal, et nous sentons comme une cruauté d'attendre que le malade soit guéri et peut-être définitivement, comme il arrive certainement quelquefois, pour lui proposer l'opération. En agissant ainsi, vous portez la responsabilité des crises qui viendraient à se produire dans le cas où le malade n'accepterait pas l'opération et je conserve douloureusement le souvenir de deux malades mortes en pleine péritonite purulente lors de leur deuxième attaque, pour avoir refusé de se soumettre en pleine santé à l'opération que le chirurgien n'avait pas cru devoir leur imposer pendant leur première crise.

Et alors même que les malades consentent à se soumettre à l'opération, vous leur avez imposé une perte de temps considérable : dans les appendicites avec empâtement, ce n'est pas au bout de trois semaines que vous pouvez agir, l'opération à ce moment est défectueuse et difficile : c'est beaucoup plus tard que vous devez agir pour ne pas rencontrer tous ces inconvénients que vous reconnaissez à l'opération à chaud.

II. — Passons au camp des temporisateurs, et écoutons maintenant les raisons qu'ils opposent aux nôtres.

Sur la question de sentiment, nous serions facilement d'accord : vous pensez comme nous, mais le sentiment ne doit guère intervenir en chirurgie.

Sur la question de principe nous sommes même également d'accord : au fond vous pensez absolument comme nous, et ceux d'entre vous qui veulent mettre les principes de leur côté torturent leur esprit pour trouver, dans la salpingite ou dans des variétés extraordinaires et peu connues de phlegmons érésipélateux une assimilation contre laquelle protestent à la fois l'anatomie, la clinique et la bactériologie.

Voyons donc ce que donne la pratique; nous n'avons qu'à opposer l'expérience à l'expérience.

Les temporisateurs reprochent à l'opération hâtive trois choses principales : ils lui reprochent *ses erreurs*, *ses inconvénients*, *sa gravité*.

1° *Ses erreurs*. — Oui, nous nous sommes quelquefois trompés en opérant de bonne heure ; cela m'est arrivé sans que jamais mes malades aient eu à souffrir de l'erreur. Mais depuis quand, Messieurs les défectuosités de l'application ont-elle prévalu contre la légitimité d'une opération? De ce que l'opération a été appliquée à tort à tel cas particulier, il ne s'ensuit pas qu'elle soit mauvaise dans tel autre cas.

Et à côté de ces erreurs, nous pourrions vous citer d'autres cir-

constances où ne trouvant pas suffisamment précises les conditions du diagnostic, nous nous sommes faits temporisateurs, et nous aussi nous avons attendu.

Nous attendons donc que le diagnostic soit net et certain ; nous voulons opérer pour appendicite et pas pour autre chose, et nous vous demandons de ne pas insister outre mesure sur ces erreurs de diagnostic, car nous serions obligés de penser que nous n'en avons pas le privilège et que peut-être entre vos mains aussi se glissa parfois sous la glace quelque lésion qui n'était pas appendiculaire.

2° *Ses inconvénients.* — C'est de ne pas toujours donner l'appendice, c'est de laisser le lendemain une fistule intestinale, c'est plus tard de laisser une éventration.

En ce qui concerne l'appendice, il est toujours trouvé quand on opère tôt, avant la suppuration condensée, avant les grandes adhérences.

Ces fistules intestinales ou cæcales, que redoute particulièrement M. Reclus, ne se produisent qu'après les opérations tardives, du huitième au dixième jour, sur un appendice déjà tiédi à une époque où l'opération n'est plus utile et me paraît personnellement très préjudiciable.

Reste l'éventration : conséquence fatale du drainage, dites-vous. Mais l'opération à froid elle aussi nécessite quelquefois le drainage. Broca disait à Bruxelles que pour l'opération à froid il renonçait à l'incision de Jalaguier pour l'incision de Roux : et cela parce que, dit-il, on trouve plus souvent qu'on ne croit des abcès. Si vous-même reconnaissez que l'appendicite à froid est parfois suppurée, vous devez, vous aussi, drainer et vous enlevez à l'argument du drainage la si grande valeur qu'il aurait pu avoir autrement.

3° *Sa gravité.* — Voici maintenant le gros reproche, le reproche capital, sur lequel repose toute votre argumentation, à tel point que là est vraiment le nœud de la question.

L'opération est grave, dites-vous, et il ne s'agit pas là d'incriminer ce minimum de choc ou d'intoxication chloroformique inhérent à tout acte opératoire. Mais c'est bien l'opération elle-même qui est facteur de gravité.

D'après vous, dans l'appendicite, c'est l'opération qui est grave, c'est elle qui tue, parce qu'elle diffuse les toxines, ou qu'elle disperse l'infection : dans un cas, c'est la toxémie qui est accrue ; dans l'autre, c'est la péritonite qui est généralisée, le malade meurt et nous sommes directement responsables.

Ce reproche cependant, vous ne pouvez l'étendre à tous les

cas, et vous ne le pouvez pas, puisque vous, temporisateurs éventuels, vous vous faites opérateurs aux heures difficiles et que vous traitez par l'opération, même les péritonites commençantes, c'est-à-dire les infections qui commencent à le généraliser. C'est donc que vous reconnaissez à votre opération plus de chances de circonscrire que de diffuser l'infection.

Pour les abcès, c'est la même chose : presque tous, vous opérez ici pour les abcès, c'est donc que vous ne craignez pas la généralisation du fait de l'opération. Et là, cependant, la façon de procéder a pu compromettre le succès. Que dans des abcès la recherche systématique et nécessaire de l'appendice ait pu produire des péritonites généralisées, je l'accorde et je m'élève pour ma part absolument contre une recherche qui n'est pas prudente. Que l'ouverture par la voie abdominale d'un abcès profond qui, pour son accès, nécessite la traversée du péritoine et de ses anses libres ait pu généraliser en péritonite un abcès localisé, je l'accorde encore. Mais ce sont là des cas malheureux, difficiles pour tout le monde et par ailleurs exceptionnels. Nous ne pouvons tabler sur eux, et je ne saurais accepter sans protester énergiquement ce reproche fait à l'opération. Voici un appendice qui confine à la paroi. Il s'énuclée pour ainsi dire de lui-même : il n'y a ni manipulations, ni décollement d'adhérences, et si le malade meurt après l'opération, je vous défie, dans un cas semblable, de prouver que l'opération est coupable en ayant disséminé l'infection.

A-t-elle davantage versé dans l'organisme les toxines contenues dans l'appendice? Il est au moins curieux de voir formuler ce reproche contre l'opération par celui qui s'est fait ici le promoteur et le défenseur de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale, comme si les malaxations d'une hystérectomie vaginale n'étaient pas plus « compressives » ou « expressives » que les malaxations de l'appendice. M. Quénu d'ailleurs a répondu très justement : quand un tétanique mourait à la suite d'une amputation pour tétanos, jamais il n'est venu à l'esprit de personne de dire que l'opération avait disséminé les toxines. Le malade meurt parce que les toxines sont déjà généralisées avant, et qu'elles continuent à agir après votre opération.

Pour légitimer ce reproche à faire à l'opération, vous vous basez sur les statistiques heureuses de temporisation, qui vous ont été ici rapportées. Elles vous montrent que la glace entre les mains expérimentées, très prudentes et très avisées qui sont les vôtres, est capable de conduire au terme du refroidissement des appendicites de nature et d'intensité variables. Mais il faut, pour arriver à ce résultat une surveillance attentive et de tous les instants, qui

est possible entre vos mains, dans vos services, et ne l'est plus ailleurs au même degré. Et je crains bien que la proclamation de la temporisation « toujours » ne multiplie dans l'avenir les désastres dont nous avons vu ici de terribles exemples.

Quand vous aurez dit partout et répété que la glace suffit à tout, vous aurez beau proclamer pour l'appendicite la nécessité d'une surveillance chirurgicale, vous ne serez pas écoutés, et par la confiance illégitime que vous aurez semée, vous serez à votre tour responsables des désastres que vous aurez causés.

Vous vous basez aussi pour dire que l'opération est un facteur de gravité dans l'appendicite sur les statistiques mêmes fournies par les opérateurs. Vous comparez aux meilleures statistiques de la temporisation les plus mauvaises des partisans de l'opération; et sans faire le départ de l'ancienneté ni de la gravité des cas, sans tenir compte de ce qu'il y a parmi nous des chirurgiens qui ont le courage de tout opérer sans compter, les plus mauvais cas, les cas désespérés, vous pouvez dire avec quelque apparence de raison que les chiffres sont pour vous.

Mais sur ce point, Broca, l'autre jour a beaucoup facilité ma tâche : il vous a montré ce que valaient des statistiques, et comment quelques cas fortuits de péritonite pouvaient bien vite en dénaturer le sens et en modifier la valeur.

Je répéterai enfin que ces statistiques ne peuvent à mon point de vue avoir de signification quand elles sont globales et quand on n'y fait pas le décompte des cas anciens et des cas récents. Et quand au contraire on fait cette sélection, il est impossible de ne pas reconnaître que la gravité résulte de la maladie elle-même.

Et voilà pourquoi en présence d'une appendicite aiguë, de diagnostic certain, correctif nécessaire, quand la crise n'est ni insignifiante ni évidemment légère, je reste partisan d'une opération qui est à ce moment la meilleure sauvegarde contre les accidents à venir.

Depuis le congrès de Bruxelles, il est d'usage de dire que la temporisation triomphe et que les opérateurs anéantis n'existent plus qu'à l'état de vestiges.

Et comme le terme de temporisation est entendu souvent dans un sens absolument contraire à l'opération, le bruit se répand au dehors, dans les milieux où nos discussions trouvent un écho trop facile, que la cause est entendue et que l'opération dans l'appendicite à chaud est à jamais condamnée.

C'est là une interprétation doublement injuste contre laquelle je tiens à protester.

Elle est injuste parce que personne ici n'a osé défendre la tem-

porisation systématique et absolue; elle est injuste parce que vous êtes pour la plupart beaucoup moins temporisateurs qu'on le dit et que sous votre correctif d'éventuels vous cachez des tendances d'opérateurs dont vous n'avez jamais pu vous défaire complètement.

Vous opérez dans les appendicites hypertoxiques; vous opérez dans les péritonites généralisées, vous opérez dans les abcès. Vous opérez quand il y a doute, vous opérez quand la surveillance est difficile : je cite Broca d'après son rapport au Congrès de Bruxelles.

C'est-à-dire que dans un grand nombre de cas, vous ne faites pas autre chose que nous opérateurs, et vous n'avez pas trouvé d'autre moyen pour vous sortir des cas difficiles que cette opération dont vous avez par ailleurs tant à médire.

Voilà ce qu'il est bon de souligner et de mettre en relief. Et si il y a des cas qui nous divisent complètement et sur lesquels nous nous séparons complètement de vous, la vérité, c'est que malgré les quelques défections récentes dont vous triomphez, nous sommes encore ici un nombre très respectable, nous sommes une minorité très importante pour défendre avec le Professeur Dieulafoy la cause de l'opération à temps.

Nous sommes quelques-uns encore ici comme Terrier, Segond, Routier, Lucas Championnière, Témoin, Chaput, Poirier, Mignon, Tuffier, Picqué, Villar et d'autres, qui ne savons pas encore distinguer « les appendicites qui voudront bien se laisser refroidir de celles qui vont tuer sans merci »; et nous pensons que l'opération est seule capable de nous mettre à l'abri des accalmies trompeuses que nous ne pouvons pas comprendre et des surprises terribles que nous ne savons jamais prévoir.

M. Pierre Delbet. — J'ai été un peu choqué d'entendre mon ami Legueu déclarer que nous étions temporisateurs en parole et interventionnistes en réalité, c'est-à-dire que nous avions une attitude et que nos actes étaient différents de nos actions. Je tiens à protester contre ces paroles.

Nous sommes temporisateurs en fait comme en parole, puisque nous n'opérons guère à chaud que 10 à 15 p. 100 des malades que nous voyons. Nos actes sont d'accord avec nos discours, parce que nous sommes convaincus.

Communications.

Note sur deux tumeurs présentant l'apparence de la botryomycose humaine,

par M. LUCIEN PICQUÉ (1).

En 1897, MM. Poncet et Dor décrivirent chez l'homme une affection jusque-là observée chez l'animal et particulièrement chez le cheval, la botryomycose. D'après ces auteurs la botryomycose humaine se présentait cliniquement sous l'aspect d'une petite tumeur le botryomycome offrant toutes les apparences d'un champignon pédiculé par conséquent, dont le chapeau le plus souvent ulcéré saignait au moindre contact et siégeant de préférence sur les parties découvertes, téguments (front, paupières, joues, lèvres épaules et surtout mains et doigts). Poncet et Dor considèrent la botryomycose comme le résultat de la pénétration dans les glandes sudoripares d'un micro-organisme spécifique qu'ils appelèrent le botryocoque. Sous l'influence de ce microbe les glandes sudoripares s'hypertrophient et s'hyperplasient, et ainsi se trouve formé un véritable fibro-adénome sudoripare. Donc, pour Poncet et Dor, la botryomycose humaine se caractérise à la fois par son agent pathogène et par sa constitution histologique.

Mais la conception de ces deux auteurs a été depuis battue en brèche; l'état spécifique du botryocoque a été mis en doute par nombre d'auteurs entre autres Sabrazès et Laubie, et l'origine sudoripare a été contestée tout dernièrement encore. MM. Savariaud et Deguy, de leur coté, rejettent absolument les conclusions de Poncet et Dor. Pour eux le botryocoque n'existe pas et ce qu'on a décrit sous le nom de botryomycose n'est en somme qu'un simple bourgeon charnu : « Tout porte à croire, disent-ils, que le botryocoque n'est qu'une simple variété de staphylocoque, si toutefois on peut même le distinguer de ce microbe » ; et plus loin ils ajoutent : « Si nous voulions résumer en une phrase toute notre pensée, nous dirions que la prétendue botryomycose n'est en somme qu'une variété de staphylococcose aboutissant à la formation de bourgeons charnus, véritable néoplasie inflammatoire pédiculée de la peau (2). Bodin arrive aux mêmes conclusions : « Le microbe décrit sous le nom de botryocoque et qui cause chez l'homme des néoplasies d'aspect spécial siégeant le plus souvent aux doigts ou à la main, n'est

(1) En collaboration avec MM. Menet et Beauvy, internes à l'hôpital Bichat.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1902.

pas un microbe spécifique; ce microbe doit être confondu avec le staphylocoque doré ». Bodin écrit encore : « La constitution des néoplasmes botryomicosiques se rapproche très intimement de celle des bourgeons charnus ordinaires. Ces faits me portent à penser que les néoplasies botromycosiques humaines ne sont en somme que des bourgeons charnus nés sous l'influence du staphylocoque doré, et dont l'allure clinique spéciale et la forme pédiculée sont probablement dues aux particularités de structure anatomique de la région où ils se développent » (1).

Nous-mêmes avons eu l'occasion d'observer deux cas de botryomycose humaine dont l'étude bactériologique et histologique nous amène aussi à repousser l'opinion primitive de Poncet et Dor.

Cliniquement en effet les deux tumeurs présentaient, comme on pourra s'en convaincre par la lecture des observations, tous les caractères assignés par Poncet et Dor à la botryomycose humaine (siège, aspect de champignon pédiculé, saignement au moindre contact, etc.). Or, au point de vue bactériologique nous avons isolé des tumeurs enlevées, un bacille sans caractère bien net et deux microbes se rapprochant singulièrement des staphylocoques. En particulier, remarquons que nous n'avons pas observé la liquéfaction de la gélatine en tulipe donnée comme caractéristique du botryocoque, fait dont la valeur est d'ailleurs contestée par Bodin.

Au point de vue hitologique il s'agissait bien certainement, dans les deux cas, de tumeurs angiomateuses comme il ressort nettement de la note annexée aux observations et relatant la constitution de ces tumeurs. Nous ferons remarquer à ce propos que les cavités lacunaires observées sur les coupes étaient remplies de globules rouges ; or, on sait que M. Dor soutient la nature sudoripare des lacunes de la tumeur en s'appuyant sur ce fait qu'elles sont ordinairement vides, preuve, dit-il, qu'il ne s'agit pas de vaisseaux sanguins sans quoi on y trouverait des globules du sang. Or, comme nous venons de l'indiquer sur nos préparations, les lacunes sont gorgées d'hématies; il s'agit donc bien certainement de cavités sanguines. Il est vrai que ces auteurs se sont placés récemment sur un terrain de conciliation ; ils admettent que la tumeur est surtout caractérisée par son évolution clinique d'une part, et par la présence de lacunes spéciales dans la tumeur d'autre part : « Du reste, alors même que l'on donnerait une autre interprétation de ces lacunes, elles n'en constituent pas moins la caractéristique des tumeurs botryomycosiques ».

En résumé, nous conclurons en disant que la botryomycose

(1) Bodin. *Annales de dermatologie*, mai 1902.

humaine doit être bien rare, si tant est qu'elle existe. Et, en effet, dans nos deux cas qui présentaient cliniquement tous les caractères assignés par Poncet et Dor à la botrymycose humaine l'examen bactériologique nous a révélé la présence de deux staphylocoques différents, et l'examen histologique nous a démontré nettement que nous étions en présence de vulgaires angiomes. En outre, tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, et qui ont examiné de ces petites tumeurs étiquetées cliniquement botryomycomes, n'y ont jamais rencontré le botryocoque, mais presque toujours de simples staphylocoques et leur assignent, au point de vue histologique, la constitution de simples bourgeons charnus. Seuls cependant MM. Camcie et Potel (1), dans les deux observations qu'ils rapportent, de botryomycose humaine, ont noté, comme Poncet et Dor, que les deux petites tumeurs se présentaient avec la constitution histologique du glio-adénome sudoripare mais d'un autre côté ils n'ont eux aussi observé dans leurs cas que le staphylocoque vulgaire.

Mais si nous sommes portés à rejeter la spécificité bactériologique et histologique de l'affection décrite par MM. Poncet et Dor, nous n'irons pas cependant aussi loin que Jaboulay, qui prétend qu'il n'y a pas de différence *clinique* entre le botryomycome le plus typique et le plus vulgaire bourgeon charnu, et nous admettrons qu'il s'agit là d'une petite lésion de constitution histologique variable (bourgeon charnu, angiome pédiculé) mais offrant au point de vue clinique certains caractères un peu particuliers (forme de la tumeur, pédiculisation, saignement facile), caractères qui tiennent peut-être aux particularités de structure anatomique de la région où elle se développe.

Obs. I. — Mme D... (Marie), quarante-quatre ans, salle Chassaignac, n° 16.

La malade entre à l'hôpital Bichat pour une petite tumeur de la paume de la main gauche. L'affection a débuté, il y a cinq semaines environ, sans traumatisme antérieur, par un petit nodule de la grosseur d'une tête d'épingle de coloration blanchâtre saignant au moindre contact (la malade raconte qu'elle ne pouvait se laver les mains sans qu'il se produisît aussitôt à la surface un suintement sanguin).

La petite tumeur grossit progressivement, sans phénomène douloureux, pour atteindre, au bout d'une quinzaine de jours, le volume actuel. Depuis deux semaines environ, en effet, le volume reste stationnaire.

État actuel. — Actuellement, on constate l'existence, au niveau de la partie supérieure de la région thénarienne gauche, d'une petite tumeur

(1) *Presse médicale*, 17 mai, 1902.

offrant à peu près l'aspect d'un champignon. Elle est constituée, en effet, par un pédicule court d'un demi-centimètre de diamètre, pédicule surmonté d'un chapeau à peu près régulièrement circulaire, aplati de haut en bas et dont le diamètre mesure environ 1 centimètre.

La surface libre de ce chapeau, très finement chagrinée, présente une coloration noirâtre à la périphérie, rouge brun au centre où se fait une légère transsudation séro-sanguine.



La face inférieure du chapeau, noirâtre à la périphérie, est, au voisinage de l'insertion pédiculaire, blanchâtre, offrant l'apparence de l'épiderme macéré.

Le pédicule lui-même est entouré d'une zone circulaire enflammée, suintante et baignée d'une sécrétion séro-purulente d'odeur putride. Cette zone mesure 1 cent. 1/2 de diamètre et est limitée par un liséré épidermique noirâtre. La consistance de la tumeur est ferme. L'éminence thénar semble tuméfiée. Il existe encore actuellement un très

léger suintement séro-sanguin, la tumeur n'est pas le siège de douleurs spontanées, mais la traction exercée sur elle pour mettre en évidence le pédicule est pénible. Pas d'adénopathie. Ajoutons que les antécédents ne présentent rien d'intéressant à noter. En particulier, la malade n'est pas en contact avec les chevaux; elle habite cependant au-dessus d'une écurie. Ajoutons encore qu'elle affirme qu'aucune personne de son entourage ne présente de lésion semblable.

Opération. — Le pédicule de la tumeur est cerné par une incision elliptique et la petite production morbide est très facilement enlevée, sans écoulement sanguin notable. La cicatrisation est complète en quelques jours.

Obs. II. — Mme veuve G..., cinquante-trois ans, placée dans le service de M. le Dr Dupain, asile de Vaucluse.



Cette malade, d'après le certificat délivré par M. Dupain, le 15 décembre 1902, est atteinte de dégénérescence mentale avec délire de persécution, hallucinations de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale. Excitation par intervalles. Elle arrive au pavillon de chirurgie dans cet état d'agitation extrême. Il est impossible d'avoir sur les antécédents de l'affection aucun renseignement. Le début est donc impossible à préciser. D'après les renseignements pris dans le service, la tumeur ne paraît pas avoir augmenté depuis plusieurs mois, mais elle donne lieu de temps à autre à de véritables hémorragies.

Etat actuel. — La tumeur siège sur la partie moyenne de la lèvre inférieure. Elle est pédiculée, ovoïde, du volume d'une noisette ; à sa

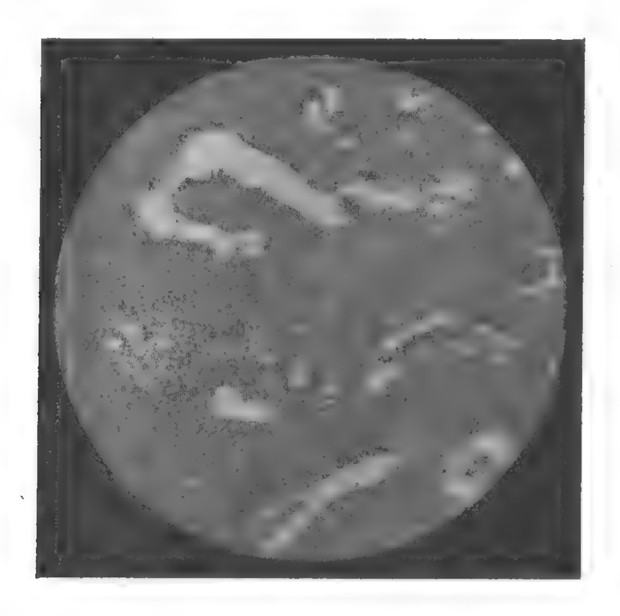
base, elle présente une coloration gris rosée, ecchymotique à son extrémité libre. Il existe un pli oblique qui n'est pas représenté exactement sur l'aquarelle et va rejoindre le pédicule.

La compression digitale ne la fait pas s'affaisser ; sa consistance est charnue. Pas de ganglions sous-mentaux. L'opération consiste en l'extirpation de la tumeur avec résection de la partie adjacente de la muqueuse labiale. Deux points de suture sont placés.

En raison de son agitation, la malade n'est pas maintenue au pavillon et renvoyée le même jour à son asile d'origine.

Examens bactériologiques et histologiques, pratiqués au pavillon de chirurgie.

Cas 1. — Deux microbes ont été isolés : 1° un bacille mince granuleux prenant le Gram.



Les cultures sur bouillon produisent un trouble léger et homogène sans dépôt.

Les cultures sur gélose incliné donnent des colonies visibles après vingt-quatre heures ; elles se présentent comme des taches de 2 à 3 millimètres, arrondies, plates, opalescentes et blanches par transmission, à reflets nacrés par réflexion.

Sur gélose en culot, le développement est presque limité à la surface.

La gélatine n'est pas liquéfiée.

2° Un coccus prenant le Gram et se présentant en amas irrégulier.

Les cultures sur bouillon donnent un trouble avec dépôt.

Sur gélose incliné, on observe des colonies visibles après douze heures; après quarante-huit heures, elles se présentent comme des taches de 4 à 5 millimètres arrondies, légèrement boutonnées, blanches.

Sur gélose en culot, le développement se fait sur toute la ligne d'ensemencement avec prédominance vers la surface.

La gélatine est liquéfiée en entonnoir.

Les inoculations au lapin, sous la peau, d'un fragment de tumeur, sont restées négatives; de même que l'injection intradermique d'une petite quantité de bouillon contenant le bacille. Mais les inoculations sous-cutanées d'une culture du coccus et les inoculations simultanées du coccus et du bacille ont donné lieu à la production d'abcès.

Cas 2. — Un seul microbe a été isolé : c'est un coccus présentant les mêmes caractères que celui de l'observation précédente, mais ses colonies sur gélose incliné deviennent jaunes après un séjour de quarante-huit heures à 35 degrés.

L'inoculation sous-cutanée au lapin d'un fragment de la tumeur est restée négative

L'injection intradermique du bouillon de culture a donné lieu au développement d'un abcès.

En résumé, les caractères des cultures ne permettent pas de différencier les cocci trouvés des staphylocoques vulgaires.

L'examen histologique donne pour les deux tumeurs le même résultat.

Aussitôt après son ablation, la tumeur sectionnée se montre constituée par un tissu homogène de couleur gris rosé, ne présentant pas de grains visibles à l'œil nu.

La surface de la tumeur n'est pas revêtue d'épithélium; le revêtement malpighien s'arrête au niveau du pédicule; néanmoins la présence d'incisure profonde tapissée d'épithélium indique que cette tumeur en était primitivement recouverte, qu'elle n'est pas issue des couches profondes du derme à travers une perte de substance, mais qu'elle est, au contraire, une tumeur cutanée ulcérée.

A la coupe, la tumeur est formée de deux zones distinctes :

1° La zone centrale relativement intacte ;

2° La zone périphérique présentant des phénomènes de nécrose.

Zone centrale. — Elle présente la structure d'un angiome. On y trouve une sorte de squelette formé de tissus conjonctifs fasciculés, peu riche en éléments cellulaires émanant du derme. Au milieu de ses mailles se trouvent des cavités du volume d'un tube urinifère du rein, de forme allongée et bordée d'un revêtement de cellules endothéliales un peu plus épaisses et plus richement nucléées que celles qu'on rencontre dans les vaisseaux du derme sain. Ces cavités sont pleines de sang, riches en leucocytes, surtout polynuclés.

Zone périphérique. — La zone périphérique est, en somme, une zone de nécrose.

On y trouve un stroma de fibrines contenant dans ses mailles des

débris nucléaires de formes irrégulières et fortement colorés, des amas hémorragiques et tout à fait à la périphérie des cocci multiples.

La région sous-jacente à l'insertion du pédicule de la tumeur n'est pas normale ; on y retrouve quelques amas angiomateux et le réseau vasculaire des papilles dermiques est hypertrophié. Cette disposition explique la récidive qui a été observée dans quelques cas après la section pure et simple du pédicule.

En aucun point, nous n'avons pu déceler de lacunes spéciales, ni d'éléments sudoripares, ni de figures rappelant les botryomycès.

En résumé, au point de vue anatomique, les tumeurs examinées ne diffèrent en rien de simples angiomes en voie d'accroissement ulcérés et infectés en surface.

M. Terrier. — Je ne parlerai pas sur ia communication de M. Picqué que je n'ai point entendue; ce seront donc des considérations générales sur la bothryomycose que j'exposerai.

La localisation dans les glandes sudoripares ne me paraît pas justifiée : car le cas dont je veux parler, siégeait à la face interne de la lèvre, où il n'y a pas de glandes sudoripares. Au demeurant, la question ne me paraît pas résolue au point de vue bactériologique, ainsi que l'a dit mon ami Savariaud ; s'agit-il d'un champignon spécial, ou au contraire du staphylocoque doré? c'est difficile à dire et la confusion persistera tant qu'on n'aura pas fait des examens bactériologiques de contrôle répétés, et tant qu'on ne saura pas si les bourgeons charnus sont remplis de staphylocoques ou présentement au contraire le champignon de la bothryomycose.

Il y a des raisons pour que cette confusion ait été faite. En effet la bothryomycose a été tout d'abord étudiée sur le cheval et dans des conditions particulières. Quand autrefois on castrait les chevaux en mettant le testicule à découvert, il se développait au niveau de la plaie résultant de l'opération des bourgeons charnus formant une tumeur plus ou moins considérable, grosse quelquefois comme le poing et c'est sur ces tumeurs que l'on a pour la première fois signalé les bothryomycès. Avec les progrès de la chirurgie vétérinaire qui ont évolué parallèlement à ceux de la chirurgie humaine, ces tumeurs deviennent de plus en plus rares et dans tous les cas on n'en signale plus d'aussi grosses.

Les premières tumeurs à bothryomycès que l'on a observées ont été enlevées comme de simples bourgeons charnus, et j'aurais extirpé celle dont je viens de vous parler comme telle, si je n'avais été mis en garde par mes élèves qui avaient constaté une analogie entre cette tumeur et d'autres tumeurs de la main qu'ils avaient observées.

Dans ces cas là on a affaire, comme on l'a dit, à des tumeurs

dont les microbes ressemblent au staphylocoque doré et on a essayé de distinguer les botryomycès de ces staphylocoques; on n'y est pas toujours parvenu. Dans une prochaine séance, j'apporterai des résultats de l'examen qui aura été pratiqué de la tumeur que j'ai enlevée.

M. Picqué. — M. Terrier me dit « qu'il n'a pas écouté ma communication » néanmoins je le remercie d'avoir confirmé mes conclusions au point de vue du siège présumé de la lésion dans les glandes sudoripares.

Il a cité des faits de botryomycose qu'il a opérés sans le savoir; moi-même, au cours de ma pratique, j'ai eu bien souvent l'occasion d'enlever des tumeurs semblables que je considérais comme de simples bourgeons charnus.

Quant à l'opération chez mes malades, elle a été aussi simple, que chez ceux de M. Terrier.

Fractures de la rotule. De la suture transversale de la rotule et de l'hémi-cerclage,

par M. QUÉNU.

Le rapprochement direct des fragments après arthrotomie est devenu le traitement de choix des fractures de la rotule. Parmi les chirurgiens, les uns restent fidèles à la suture osseuse pratiquée suivant une technique qui dans ses grandes lignes se rapproche toujours de celle de Lister. Les autres, en étendant ou en restreignant plus ou moins ses indications, ont suivi M. Berger dans la voie du cerclage. On doit reconnaître que, quelque procédé que l'on adopte, le maintien en contact des fragments obtenus à l'aide des fils métalliques n'est qu'un moyen de contention temporaire. S'il est possible en effet d'observer dans certains cas, l'intégrité des fils métalliques au bout de plusieurs années (j'apporte ici une radiographie où les fils sont demeurés intacts et en place après plus de deux ans et demi), il est d'autres exemples où la rupture s'est produite que l'on ait usé de la suture proprement dite, ou du cerclage (1).

C'est pour éviter ces ruptures attribuées à l'oxydation des fils que M. Peyrot, je crois, a adopté le fil de platine au lieu du fil d'argent.

(1) Voyez : *Thèse* de Sahavaunat « fractures itératives de la rotule consécutives à la suture. » Paris. 1901.

Mais alors même que les fils métalliques n'auraient subi aucune altération, ils seraient à la résistance de la rotule d'un médiocre appoint, spécialement si on a eu recours au cerclage.

Je conclus d'avance en disant que ce qu'il faut demander au procédé chirurgical, c'est, non de consolider à tout jamais une rotule fragile, mais de rapprocher les fragments au contact, le plus facilement et le plus mathématiquement possible, de manière à ce que la nature fasse le reste, c'est-à-dire la cicatrice osseuse. La suture est un cal provisoire.

J'ai institué à l'amphithéâtre des hôpitaux quelques expériences afin de me renseigner sur la résistance comparée de la suture et du cerclage. A ce point de vue, la suture l'emporte sans conteste.

Voici comment j'ai procédé : le cadavre étant étendu horizontalement sur une table, et fixé par une corde passant sous les aisselles, la rotule était sectionnée transversalement (1), puis suturée ou cerclée.

Je traversais alors le ligament rotulien avec une anse métallique solide, à laquelle s'attachait l'appareil de traction. Cet appareil se composait tout simplement d'une potence fixée à la table et terminée par une poulie ; sur cette poulie venait se réfléchir la corde qui, attachée d'un côté à l'anse métallique sus-décrite, c'est-à-dire en somme au sommet de la rotule, supportait d'autre part un plateau qu'on pouvait charger de poids. La jambe étant laissée libre, la traction sur la rotule s'exerçait exactement dans l'axe de cet os et dans l'axe de la cuisse.

Sur un sujet de trente-trois ans. Section de la rotule et suture longitudinale classique à l'aide de deux gros fils d'argent (n° 6 de la filière). — On charge progressivement le plateau (qui pèse 3 kilogrammes). La coaptation reste bonne jusqu'à une charge de 40 kilogrammes.

Avec	43	kilogrammes	on observe	un écartement	de 3	millimètres.
—	63	—	—	—	de 5	—
—	78	—	—	—	de 1	—
—	08	—	—	—	de 15	—

mais les fils ne se rompent pas.

Sur le même sujet, rapprochement des fragments à l'aide d'un cerclage. — Le poids du plateau étant de 3 kilogrammes il suffit déjà à faire bâiller la fracture.

Avec	6	kilogrammes	l'écartement	atteint	5 millimètres.
—	40	—	—	—	15 —

(1) Et les ailerons sectionnés afin de se rapprocher des conditions cliniques.

rappelons qu'avec une traction de 40 kilogrammes, les fragments suturés restaient coaptés.

L'écartement s'accomplit toujours de la même manière : les lèvres antérieures de la division osseuse s'écartent d'abord et l'écart atteint de 7 à 8 millimètres, alors que les lèvres postérieures ou cartilagineuses demeurent au contact. En d'autres termes, les fragments basculent autour d'un axe transversal passant par le trait de fracture.

Les expériences ont été répétées assez de fois et chez des sujets de différents âges pour que je sois autorisé à présenter les exemples précédents comme typiques (1).

Je pourrais en conclure que les chirurgiens qui désirent faire marcher leurs opérés de bonne heure, c'est-à-dire du 8e au 10e jour feront bien de recourir à la suture plutôt qu'au cerclage, d'autant que la moindre flexion doucement imprimée au genou (2) correspond à une traction autrement forte que celles que j'ai évaluées en poids dans les expériences sus-décrites. Pour ma part, du reste, je ne suis pas partisan de ces levers hâtifs et je ne les conseille qu'au 24e ou 25e jour.

Mais ce n'est pas pour arriver à cette conclusion de la supériorité de la suture sur le cerclage (quant au lever hâtif) que j'ai fait ces expériences, c'est pour prouver que le mode de contention chirurgicale après arthrotomie, n'est que tout juste bon pour maintenir les fragments en contact en l'absence de tout mouvement imprimé à l'articulation du genou.

Ceci posé, j'estime avec la majorité des chirurgiens que les procédés de la suture ou du cerclage ont chacun leurs indications, le second applicable spécialement aux fractures avec fragments multiples, le premier préférable pour les autres cas. J'ai fait plusieurs fois le cerclage de la rotule et très souvent la suture, j'ai recherché s'il n'était pas possible d'en faciliter la technique opératoire et ce sont les résultats de ces recherches que je vous prie de vouloir bien entendre.

Il n'est pas toujours très facile de bien faire une suture de la rotule, et en particulier de percer des trous qui, d'un fragment à l'autre, se correspondent exactement. M. Championnière, dont on ne peut nier la compétence toute spéciale en fait de sutures rotuliennes, qualifie avec raison de « temps très délicat » ce temps de perforation. Or, il est évident que la coaptation parfaite exige un vis-à-vis parfait, mathématique, des orifices osseux de la tranche. On ne peut percer les tunnels que de la face antérieure

(1) Je me suis servi également de fils de fer très résistants.

(2) Je m'en suis assuré sur le cadavre.

vers la tranche et non de la tranche vers la surface osseuse. Si l'ajustage n'est pas mathématique, il est certain que la surface cartilagineuse doit être inégale, et rien ne prouve que ces inégalités soient sans inconvénients dans le fonctionnement du genou, j'ai donc recherché sur le cadavre si la coaptation des fragments ne serait pas plus aisée et plus parfaite en disposant les perforations et les sutures tout autrement.

Je rappelle que dans l'opération de Lister, vulgarisée par Championnière et exécutée par nous tous, on passe les fils directement ou obliquement d'un fragment à l'autre en enfonçant le foret dans la face antérieure d'un fragment, et en le faisant ressortir un peu au-devant du cartilage sur la tranche de fracture. On pourrait désigner ces sutures sous le nom de sutures longitudinales.

J'ai eu l'idée de creuser un tunnel parallèlement à la tranche de fracture à un peu plus d'un demi-centimètre de celle-ci, d'en creuser un autre sur le fragment opposé et d'y passer un fil. Ce fil métallique en partant du côté externe, s'enfonce donc parallèlement au trait de fracture dans l'épaisseur du tissu osseux du fragment supérieur, apparaît sur le bord interne pour s'enfoncer de nouveau de dedans en dehors dans le fragment inférieur, et ressortir en dehors à côté du premier chef. On tire vigoureusement sur les deux chefs, on les tord, et la coaptation se fait presque d'elle-même.

Je pourrais qualifier cette suture de *transversale*. J'ai apporté ici des spécimens de rotules ainsi suturées expérimentalement, en voici une autre où le fil est simplement passé afin que vous puissiez juger vous-mêmes combien la coaptation est pour ainsi dire fatalement assurée.

Deux questions sont à poser : L'exécution du procédé est-elle facile?

Donne-t-il une coaptation solide et suffisamment résistante?

Bien que l'épaisseur du tissu osseux à traverser soit beaucoup plus grande, puisque le trajet comprend toute la largeur de la rotule, la perforation est des plus aisées, cela pour deux raisons : la première c'est qu'on est « à main », on immobilise suffisamment le fragment rotulien avec la main gauche sans l'emploi d'aucun davier et la main droite agit à son aise parce qu'elle manœuvre dans un plan transversal; la seconde raison, plus importante, c'est qu'une fois la petite couche de tissu compacte qui recouvre le bord externe de la rotule traversée, le foret pénètre, glisse pour ainsi dire, dans la couche spongieuse qu'il suit jusqu'au bord interne sans pouvoir s'égarer ni en avant ni en arrière; la main qui opère aurait une tendance à ramener le foret vers la face antérieure, mais on sait que la couche antérieure du tissu com-

pact est précisément la plus épaisse et la plus dense, de telle sorte que je me crois autorisé à dire qu'on a moins de peine à traverser transversalement la rotule d'un bord à l'autre qu'obliquement de la face antérieure vers la tranche de fracture. Une fois le fil passé, vous pouvez juger par vous-même, d'après cette pièce que je vous présente et sur laquelle il ne reste plus qu'à serrer les deux chefs, que la coaptation exacte est forcée, inévitable, indépendante de la direction des trajets et de leur symétrie.

J'ai soumis cette suture à la traction expérimentale d'après la technique précédente.

Avec 10 kilogrammes, j'ai obtenu un léger baillement.

30 kilogrammes ont donné un écartement de 0 cent. 6, les lèvres antérieures, les lèvres cartilagineuses continuant à se toucher.

40 kilogrammes ont donné près d'un centimètre.

Ce procédé de suture serait donc inférieur au point de vue de la résistance à la suture longitudinale, et supérieur au cerclage, mais étant donné que l'expérience clinique nous démontre la suffisante solidité du cerclage, celle de la suture transversale s'en déduit.

Mais dernière objection, ce fil ne pourrait-il couper le tissu spongieux de l'os. Pour m'en rendre compte, j'ai procédé expérimentalement de la façon suivante.

J'ai scié la rotule et conservé seulement le fragment supérieur ; à travers ce fragment, j'ai passé une suture longitudinale à 1 centimètre du trait de section, et j'ai attaché à l'anse métallique la corde de l'appareil à traction, la section du tissu osseux ne s'est opérée qu'avec des tractions de 70 à 80 kilogrammes. Comparativement, j'ai fait une suture transversale, en passant le fil à 1 centimètre de la section également.

Il a fallu pour déchirer le tissu osseux un poids de 65 à 72 kilogrammes.

Il n'y a donc pas une énorme différence, et d'ailleurs la rotule suturée ne doit jamais être soumise à pareil effort.

Dernier petit avantage enfin : l'unique torsade des fils métalliques est facilement dissimulée sur le bord externe de la rotule, sur un plan postérieur à ce bord, au lieu que la double torsade de la suture longitudinale est appliquée contre la face antérieure de la rotule.

Je suppose maintenant non plus une fracture à deux fragments, tous deux suffisamment grands pour être traversés par un tunnel, mais une fracture avec un grand fragment et un petit, ou bien encore une fracture avec un des fragments subdivisé lui-même en deux morceaux ou plus.

C'est le cas d'appliquer le cerclage, mais est-il besoin d'entourer la rotule d'un cercle complet, et d'avoir à surmonter cette réelle difficulté que le fil s'applique bien partout sur le bord circonférentiel de la rotule ?

Je ne le crois pas, il m'a paru dans ce cas y avoir avantage à combiner la suture avec le cerclage, à faire une cerclo-suture, ou si l'on aime mieux un hémi-cerclage. Ici je puis présenter autre chose que des expériences cadavériques et apporter une observation clinique.

Je fus appelé le 2 décembre dernier auprès de M. X..., âgé de soixante-trois ans, qui venait de se casser la rotule droite en glissant et en voulant se retenir (fracture indirecte). J'avais déjà, il y a deux ans et demi, opéré M. X... pour une fracture de la rotule gauche. J'avais eu recours à la suture longitudinale au fil d'argent, et il est facile de voir sur cette radiographie (genou gauche) les deux anses métalliques intactes, les fonctions du genou gauche s'étaient bien rétablies. Cette fois, je constatai que le trait de fracture divisait la rotule droite en deux fragments inégaux, un grand inférieur et un supérieur plus petit subdivisé en deux fragments secondaires, irréguliers.

Le 8 décembre, assisté de MM. les Drs Sevestre et Genouville, et de mon interne M. Desmaret, je fis l'opération suivante : incision transversale de la peau en face du trait de fracture ; nettoyage de la surface fracturée et de l'articulation à l'aide de compresses stérilisées ; à 6 ou 8 millimètres du trait de fracture et parallèlement à lui, je perfore le fragment inférieur de la rotule à l'aide d'un perforateur à main, transversalement, et d'un bord à l'autre (du dehors en dedans), puis je passe le fil qui a ainsi un chef interne et un chef externe.

Je reprends mon perforateur que j'enfonce à travers le tendon rotulien directement au-dessus du fragment supérieur, de façon à en faire ressortir le chas près du point de sortie du chef interne que je passe dans le trou du foret et que je retire (1) ; mes deux chefs ramenés ainsi au contact sont tordus et sectionnés.

J'obtins donc de la sorte, non plus une circonférence comme dans le cerclage, mais une demi-circonférence dont le diamètre était représenté par le fil intra-rotulien.

C'est donc une combinaison de la suture et du cerclage que j'ai utilisée. Cette radiographie vous en donne une idée suffisante malgré des imperfections qui tiennent aux difficultés qu'on a d'obtenir nette l'image de face d'une rotule.

(1) Une simple aiguille à perinéorraphie serait préférable au perforateur pour ce temps.

Je supprimai la gouttière plâtrée au bout d'une douzaine de jours, pratiquai du massage des muscles de la cuisse et du mollet, et fis lever mon malade le vingt-cinquième jour. Les progrès furent même beaucoup plus rapides qu'avec la fracture antérieure, ce qui tenait, du reste, à ce que celle-ci s'était accompagnée de déchirures plus étendues des parties molles, d'épanchements sanguins dans la jambe, ruptures musculaires, etc. Le résultat fonctionnel obtenu est aussi parfait que possible, et la soudure des fragments, tout au moins leur immobilité, est absolue.

Ce procédé me paraît plus facile à pratiquer que le cerclage total et plus apte à assurer la coaptation parfaite.

J'ai négligé de l'intituler : nouveau procédé, parce qu'on n'est jamais sûr, en médecine opératoire, qu'un procédé soit entièrement nouveau. Il m'a néanmoins semblé tel. Un de mes internes, M. Desmaret, a bien voulu, pour moi, parcourir les innombrables thèses qui ont paru depuis une vingtaine d'années et quelques travaux étrangers sur le cerclage et la suture, il n'a rien trouvé d'analogue. Voici l'énumération de ces thèses ou travaux.

1881. Congrès de chirurgie allemand.
1882. Thèse de Leclerc (Paris).
1882. Thèse de Francon (Lyon).
1883. Société de chirurgie. Rapport de M. Chauvel sur un travail de M. Beauregard.
1883. Lister. *Brit. Journ.*, t. II, p. 855.
Lister. Société médicale de Londres.
1884. Jalaquet. *Archives médicales.*
1886. Thèse Ricotte (Paris).
Thèse Maury (Paris).
1888. Thèse Armirail (Paris).
1889. Couzette. *Gazette des hôpitaux*, n° 10, p. 177.
1890. Thèse Viguié (Montpellier).
Soldani (*Esperimentale*, mai).
Felps. *New-York med.*, 31 mai.
1891. Chaput. *Semaine méd.*, 15 juin.
1892. *American journ. of Med.*, décembre, p. 681.
Thèse Moret (Paris).
1893. Thèse Chalufour (Paris).
1899. Tripier. Congrès de chirurgie.
Thèse Farge (Paris).
1901. Thèse Chazet (Paris).
Thèse Sahannat (Paris).
Thèse Chatenier (Paris).

Toutefois, on pourrait trouver une faible ébauche de ce procédé dans les tentatives qui ont été faites pour rapprocher les frag-

ments sans ouvrir l'articulation, tentatives cataloguées généralement sous le titre de procédés sous-cutanés.

Tel est le procédé de Marshall (1878) (1) reproduit par Lund (1882) et par Myles (de Dublin) (1889) (2), qui enfonce deux épingles transversalement à travers chaque fragment et les rapproche puis les maintient rapprochés avec des ligatures, tandis que Mayo-Robson passe ses épingles à travers les tendons sus et sous-fragmentaires ; les épingles constituent de véritables attelles appliquées à chaque fragment, attelles qu'on met ensuite et qu'on maintient en contact. Ce n'est pas plus de la suture que du cerclage.

Le procédé de Ceci qui passe obliquement un fil en 8 de chiffre à travers les fragments rotuliens est une suture oblique de la rotule, n'ayant que ce point commun avec notre procédé, c'est qu'il n'y a qu'un seul fil employé.

Tous ces procédés sont d'ailleurs des procédés d'ostéorraphie sous-cutanée. Il est une seule opération qui se rapproche de la nôtre, de celle que j'ai appelé l'hémi-cerclage, c'est l'opération brièvement rapportée par Cabot (3).

« L'os étant fracturé en plusieurs petits fragments, un fil fut passé à travers les deux fragments supérieurs ; et les deux fragments inférieurs étant trop petits pour donner une prise solide, le fil métallique fut passé à travers le ligament juste au-dessous. » Cabot paraît donc avoir fait un hémi-cerclage mais son but a été de réunir par un fil (dont il n'indique pas la direction) les petits fragments les uns aux autres, il a passé ensuite le fil au-dessous du fragment inférieur à cause de la petitesse de ce fragment, nous aurions fait le cerclage complet en pareil cas (4).

On m'objectera probablement qu'il n'était pas bien nécessaire de modifier une technique chirurgicale qui nous a donné à tous d'excellents résultats. C'est là un argument qu'on peut généralement opposer à toute proposition de modifier un procédé opératoire, l'existant a cette grande supériorité qu'on y est habitué, je demande néanmoins à mes collègues de vouloir bien essayer celui que j'ai décrit, convaincu qu'il pourra trouver utilement sa place et ses indications.

M. Lucas-Championnière. — La communication de M. Quénu est fort intéressante par le soin avec lequel il a voulu étudier une technique nouvelle. Mais au point de vue pratique, elle me paraît fort loin des nécessités d'une bonne opération. Je ne vois là

(1) Tous ces auteurs sont cités par Barker, *Brit. med.*, février 1892.
(2) Anderson, *Lancet* (1892) a mis quatre fois ce procédé à exécution.
(3) *Boston médical* S. J., n° 21, p. 537, 1891, observ. II.
(4) Notre but et notre pratique sont donc différents.

aucune bonne raison pour modifier une des opérations les plus satisfaisantes de la chirurgie que nous avons inaugurée.

La technique de M. Quénu est infiniment plus difficile et plus délicate que celle qui a l'épreuve du temps. Elle ne tient pas compte de l'état tout particulier de la rotule des gens fracturés.

N'a pas une fracture de rotule qui veut ; la rotule fracturée est dans l'immense majorité de cas un os friable sur lequel il faut disposer les points de prise de façon à ne pas l'effriter ou la faire céder en de nouveaux points.

Il faut tenir compte aussi de l'irrégularité des fragments. Non seulement on doit, sur les gros fragments, s'éloigner du bord libre, mais, si le fragment est petit, il faut se résigner à tourner autour.

C'est la raison pour laquelle certains opérateurs se sont imaginés qu'ils inventaient quelque chose quand ils ont conseillé de cercler les fragments rotuliens alors qu'ils ne faisaient que recommencer, sans nécessité, ce que nous avions fait antérieurement par nécessité.

Je parle du cerclage vertical et non de l'entourage de la rotule qui a été proposé depuis. M. Quénu m'a fait plaisir en démontrant, par des expériences, ce que j'avais dit depuis longtemps, que c'était le mode le moins solide de réparation rotulienne.

En effet, les deux fils verticaux sont les agents d'une solidité immédiate, qui se complète plus tard par la formation du cal donnant, avec le fil, une sorte de ciment armé.

Mais, avec les deux gros fils parallèles, on peut dire que la solidité est acquise assez vite pour que la marche puisse être presque immédiate.

Je ne vois, en effet, aucune bonne raison de retarder la marche des opérés. Je les mets sur leurs pieds le plus vite possible sans redouter d'accidents.

Il est vrai qu'il faut se garder de leur faire faire des mouvements de flexion forcée comme on l'a conseillé. Mais, depuis de longues années, Lister l'avait défendu, et j'avais moi-même beaucoup insisté sur cette défense. Seuls, les chirurgiens peu au courant de cette question avaient pu donner un conseil différent.

Mais le mouvement précoce est capital pour un bon résultat définitif.

En somme, si ingénieux que soit le procédé de M. Quénu, il ne me séduit pas parce qu'il remplace, par une technique compliquée et dangereuse pour l'os, une technique simple, robuste, grossière si on veut, mais sûre, qui a fait ses preuves puisque, pour ma seule part, j'ai soixante-huit opérations de ce genre.

Présentations de malades.

Prostatectomie.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de vous présenter un vieillard auquel j'ai enlevé la prostate. Ce qui est intéressant, c'est que cette prostate n'était nullement hypertrophiée.

Le malade était cliniquement un prostatique. Il avait eu des crises de rétention complète innombrables, si bien qu'il portait constamment une sonde dans sa poche. Quand il urinait le plus facilement, dans ses meilleurs moments, il ne vidait sa vessie que très incomplètement. La rétention était de 160 grammes. La vie lui était devenue insupportable, d'autant plus que sa vessie était infectée.

Le toucher rectal montrait que la prostate avait un volume à peu près ordinaire. Je pensai que le lobe moyen était hypertrophié sans être perceptible par le rectum, et je conseillai au malade une opération qu'il accepta.

Au cours de l'opération, j'ai pu constater que le lobe moyen ne faisait aucune saillie. J'opère suivant la technique de mon ami Albarran. Ayant introduit l'index dans l'urètre, je constatai qu'il était absolument lisse; il n'y avait pas de lobe moyen. Mais l'urètre était enserré dans des lamelles fibreuses d'une extrême résistance. L'opération a consisté à émincer l'urètre en quelque sorte, à abraser toutes les zones fibreuses. La quantité de substance que j'ai enlevée était à peine de 5 grammes.

Le résultat de cette opération, qui paraît si peu satisfaisante, a été merveilleux. A l'heure actuelle (l'opération date du 15 novembre), le malade a les urines claires, il urine à volonté. Son jet d'urine porte à 80 centimètres. La rétention, qui était de 30 grammes lorsqu'il a commencé à uriner par l'urètre, a été en diminuant. Les dernières fois qu'on l'a mesurée, elle a oscillé entre 3 et 2 grammes; on peut donc dire qu'elle est nulle.

J'insiste encore une fois sur ce point très particulier : le malade était un prostatique, bien que sa prostate ne fût pas hypertrophiée, et bien que sa prostate ne fût pas grosse, son ablation a fait cesser tous les accidents de prostatisme.

Présentations de pièces.

Fibrome kystique de l'utérus.

M. MONOD. — Cette tumeur a été enlevée par hystérectomie abdominale chez une femme de cinquante ans. En raison de sa mollesse relative et de l'augmentation rapide de son développement, elle aurait pu être prise pour un kyste de l'ovaire. J'avais cependant porté le diagnostic de fibrome, en raison des métrorragies abondantes qui s'étaient produites, et aussi à cause du siège parfaitement médian de la tumeur.

L'aspect de la pièce rend bien compte des particularités cliniques indiquées ci-dessus. Il s'agissait, en effet, d'une tumeur fibro-kystique, contenant une série de poches à parois minces, distendues par un liquide séreux, le tout enfermé dans un utérus à cavité très développée et à parois épaissies. La tumeur fait corps par sa base très large avec la paroi utérine.

L'examen histologique de la pièce sera fait. J'ai tenu à vous la présenter de suite pour vous la montrer à l'état frais.

Calcul vésical développé autour d'un fil de soie. Taille hypogastrique.

M. MONOD. — La pierre que je vous présente a été extraite par moi il y a quelques jours, dans mon service à Saint-Antoine, par taille hypogastrique, chez un malade ayant subi, il y a un peu plus d'un an, la cure radicale d'une hernie inguinale, opération au cours de laquelle la vessie avait été intéressée.

Ce fait est un nouvel exemple de calcul développé autour d'un corps étranger, cette fois d'ordre chirurgical (fil de soie). Il permet, en outre, de se rendre compte de la rapidité relative avec laquelle les calculs peuvent se former dans la vessie.

Voici l'histoire résumée du malade.

Il est actuellement âgé de vingt et un ans. En novembre 1901, il fut opéré dans un hôpital de province d'une pointe de hernie inguinale droite survenue une vingtaine de jours auparavant, à la suite d'une marche forcée.

Je n'ai aucun détail sur l'opération pratiquée. Tout se passa bien en apparence. Mais, trois mois plus tard, un abcès se forma au niveau de la cicatrice, abcès qui fut ouvert et se ferma promptement.

Le malade sembla de nouveau guéri, à telles enseignes qu'il s'engagea dans un régiment de dragons, où il fut accepté sans difficulté.

Il raconte, cependant, que depuis l'opération de novembre 1901, il conservait des urines troubles, émises d'ailleurs sans douleur.

En octobre 1902, il ressent pour la première fois quelques douleurs en urinant. En même temps, la cicatrice rougit; elle se rouvre peu après et laisse échapper quelques gouttes d'urine.

Cet écoulement n'a pas cessé depuis. Il se produit à chaque miction, le principal du contenu vésical s'échappant par le méat.

Soigné à l'hôpital militaire de Versailles pendant deux mois, il dut finalement être réformé (janvier 1903).

C'est alors qu'il se fit admettre dans mon service.

Il présentait à son entrée des phénomènes évidents de cystite: mictions fréquentes (10 à 12 par nuit) et douloureuses; urines très chargées de pus; intolérance vésicale, la vessie ne pouvait contenir plus de 30 grammes de liquide.

Dans l'aine, existe une cicatrice irrégulière, bosselée, adhérente avec deux petits orifices admettant avec peine le stylet, par où l'urine s'écoule goutte à goutte à chaque miction, ou même au moindre effort. Il suffit, d'autre part, d'une légère pression sur la région pour mettre obstacle à cet écoulement.

L'exploration vésicale, avec le cathéter métallique, permet de reconnaître facilement l'existence d'un calcul qui doit se tenir habituellement près de l'orifice vésical, car il gêne l'introduction des sondes molles.

Le malade est d'abord mis au repos et au traitement local de la cystite (lavages et installations de nitrate d'argent en solution à 2 p. 100).

Au bout d'un mois, les douleurs sont moindres, les mictions moins fréquentes, les urines moins purulentes; en même temps la vessie augmente un peu de capacité, elle arrive à supporter 150 grammes de liquide.

Il me paraît que, dans ces conditions, on peut tenter l'attaque du calcul, non par une lithotritie qui aurait été difficile et dangereuse, dans une vessie encore infectée et mal dilatable en raison de l'orifice fistuleux qui persistait; mais par taille haute qui peut, à la rigueur, se faire à sec.

L'opération a eu lieu samedi dernier, 14 février, avec l'aide de mon assistant, le Dr Arrou, et de mon ancien interne, le Dr Zadok. J'eus un peu de peine à mettre la vessie à découvert, en raison de son faible développement. Je parvins cependant à relever le péritoine sans l'ouvrir, et à inciser la paroi vésicale antérieure en bonne place.

Je vous présente le calcul extrait. Il mesure 5 centimètres de long et 3 cent. 1/2 dans sa plus grande largeur. Son poids est de 28 grammes. Scié en deux, il paraît exclusivement phosphatique. A son centre, il est facile de reconnaître un petit bout de soie qui a été le point de départ de la concrétion.

Il ne s'agit donc pas ici d'une pierre datant de l'enfance, mais bien d'un calcul développé autour d'un corps étranger. Il est probable que la hernie inguinale opérée s'accompagnait d'une hernie de la vessie, que la paroi de celle-ci a été comprise dans la suture profonde, faite évidemment à la soie. Le fil a fini par couper la paroi vésicale, et a donné ainsi lieu à la fistule qui persiste. D'autre part, autour de l'anse de soie devenue libre dans la vessie, se sont accumulées des concrétions phosphatiques qui ont abouti à la formation d'un calcul.

Il est intéressant de noter que quatorze mois ont suffi pour le développement d'un calcul qui atteint presque le volume d'un petit œuf de poule. J'ai donné du reste plus haut ses dimensions exactes et son poids.

Je fais remarquer en passant que ce calcul développé dans une vessie infectée est, suivant la règle, phosphatique.

Je vous reparlerai de ce malade. La vessie est actuellement drainée par l'hypogastre et par l'urètre. Ce drainage détournant complètement l'écoulement de l'urine par la fistule, suffira-t-il, sans autre — et je serais heureux d'avoir sur ce point l'avis de mes collègues — à amener la fermeture de l'orifice. C'est ce complément de l'observation que je ne manquerai pas de vous communiquer plus tard.

Corps étranger du rectum.

M. Moty présente un flacon octogonal de 18 centimètres de long et de 5 centimètres de diamètre, extrait du rectum d'un aliéné, où il a séjourné quarante-huit heures. Le chloroforme a été nécessaire. Le fond du flacon s'appuyait, suivant la règle posée par M. Delbet pour les objets longs de plus de 10 centimètres, sur la concavité sacro-coccygienne; il me fut impossible de le dégager avec deux doigts de la main droite, mais en introduisant les deux index, en les remontant de plus en plus sur les côtés du flacon et en dilatant par cela même progressivement le rectum. L'extrémité du corps étranger vint enfin se placer en face de l'anus, s'y engagea, et le corps étranger fut expulsé brusquement comme un noyau de cerise.

Dégénérescence des fibromes utérins.

M. POTHERAT. — Je vous présente un fibrome du poids de 1.200 grammes environ, que j'ai enlevé avec l'utérus et les annexes par hystérectomie abdominale supravaginale, il y a deux jours, chez une malade de mon service.

Cette femme de quarante ans, mère de trois enfants bien portants, présentait comme troubles pathologiques des phénomènes de pesanteur sur la vessie et sur le rectum, et des sensations douloureuses par compression des nerfs qui traversent le bassin; l'utérus et le fibrome formaient ensemble un globe moulé sur l'excavation qu'il débordait en remontant dans l'abdomen.

La malade avait des règles abondantes; depuis quelque temps, elle perdait même des caillots à ses époques; mais elle n'avait pas, à proprement parler, d'hémorragies notables. Et, cependant, l'état général décelait de plus en plus, surtout en ces derniers temps, des marques d'anémie, de dépérissement, de décoloration, de diminution dans l'activité digestive, en somme d'une véritable cachexie commençante, difficile à comprendre par les seuls signes fonctionnels ou physiques de l'affection utérine qu'elle présentait.

L'examen de la pièce me semble expliquer cette déchéance organique : le fibrome unique qui existe dans l'épaisseur de la paroi postérieure présente dans sa totalité une coloration feuille morte, indice d'une dégénérescence par sphacèle. Il y a même deux zones de coloration différente : une périphérique et une centrale; celle-ci, plus foncée, semble indiquer un processus plus avancé.

Cette pièce tend donc à établir que le sphacèle peut s'étendre même à des fibromes entièrement *interstitiels.*

L'examen histologique n'ayant pas encore été pratiqué, je ne puis dire par quel processus (infection ou altération vasculaire) la dégénérescence, si nette dans ce cas, s'est produite. La muqueuse utérine ne présente aucune altération, et la malade n'accusait aucun écoulement sanguin ou autre en dehors de la période menstruelle.

M. POZZI. — Les cas de ce genre ne sont pas absolument rares. J'en ai observé plusieurs exemples. Il ne faut pas les appeler *gangrène* du corps fibreux, mais *mortification aseptique.* La couleur peut aller du rouge jambonné au brun marron. Le dernier cas de ce genre que j'ai opéré était un fibrome interstitiel du volume

d'une orange, brun noirâtre, de consistance élastique, nullement ramolli. J'en fis l'énucléation par la voie abdominale, je suturai la loge du fibrome après l'avoir soigneusement ébarbée et je refermai l'abdomen sans drainage, sachant qu'il s'agissait là d'une dégénérescence aseptique. La guérison eut lieu sans incident.

Élection.

Vote sur la demande d'honorariat de
M. Bouilly, président sortant.

Votants : 34.

A l'unanimité des voix, M. Bouilly est nommé membre honoraire de la Société de Chirurgie.

Pour le secrétaire annuel,

P. Bazy.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1903

Présidence de M. KIRMISSON.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. TUFFIER qui, retenu par la maladie de l'un des siens, s'excuse de ne pas pouvoir assister à la séance.

3°. — Le livre que le professeur FRISCH (de Vienne) vient de publier sur *les maladies de la prostate*, traduction française par les Drs BIDLAT et RENARD-DEBLAY (de Liége).

A propos de la correspondance.

M. PICQUÉ dépose sur le bureau le deuxième volume qu'il vient de publier, avec la collaboration de M. DAGONET, sur *la chirurgie des aliénés.*

M. le Président remercie MM. Picqué et Dagonet au nom de la Société de chirurgie.

Déclaration de vacance.

M. LE PRÉSIDENT déclare vacante une place de membre titulaire. Les candidats ont un délai d'un mois pour faire acte de candidature.

A l'occasion du procès-verbal.

Botryomycose.

M. Picqué. — A la dernière séance, je vous ai présenté un résumé de ma communication qui se trouve *in extenso* dans le Bulletin. Si je n'avais pas parlé du travail de Sabrazès qui a précédé celui de Savariaud, je l'avais mentionné dans mon travail. Il ne pouvait en être d'ailleurs autrement, car c'est M. Sabrazès, qui dans son mémoire (1900, *Arch. génér. médec.*), avait le premier combattu les conclusions de MM. Poncet et Dor. M. Sabrazès m'ayant écrit à ce sujet une lettre, d'ailleurs fort courtoise, je suis heureux de rappeler publiquement ses conclusions.

Il y démontre que la botryomycose n'est pas une affection spécifique.

Le botryomyocès, pour cet auteur, n'est pas un champignon inférieur, c'est un microcoque qui s'identifie avec le staphylocoque doré.

Que dans les foyers de suppuration vulgaire, le staphylocoque doré peut se présenter sous la forme d'amas zoogléiques identiques au botryomycès.

Prostatectomie.

M. Pierre Delbet. — Quelques-uns de nos collègues m'ayant manifesté le désir d'avoir des détails plus circonstanciés sur le malade que j'ai présenté dans la dernière séance, je vous apporte son observation rédigée par mon interne, M. Chastenet de Géry.

Le malade, âgé de soixante-huit ans, a uriné au lit jusqu'à l'âge de quinze ans.

Il a eu une blennorragie à dix-huit ans et s'en est complètement débarrassé en quatre ou cinq mois.

Il a contracté la syphilis à l'âge de cinquante-six ans.

Les premiers symptômes de l'hypertrophie prostatique remontent à sept ans. A la suite d'une chute ayant déterminé une entorse, il se produisit une *rétention complète aiguë d'urine* qui dura douze heures et ne céda qu'au cathétérisme.

C'est à partir de cette crise de rétention que le malade eut quelques troubles de la miction : Diminution de la force du jet. Retard dans la sortie de l'urine au moment des besoins. Parfois impossibilité momentanée d'uriner. Le malade avait toujours une sonde dans sa poche ; mais il ne réussissait pas toujours à s'en servir.

La deuxième crise de rétention complète est survenue six semaines avant l'entrée du malade à l'hôpital. Elle dura cinq à six heures et se termina par une miction spontanée.

La troisième crise de rétention complète a débuté le 27 novembre au soir et a pris fin le lendemain 28, jour de l'entrée du malade à l'hôpital, grâce à un sondage.

Examen du malade.

Signes fonctionnels. — Les mictions sont très fréquentes : le jour, toutes les heures au moins; la nuit, quatre à cinq fois.

Elles sont légèrement douloureuses, au commencement et à la fin.

Le jet n'a aucune force et tombe sur les chaussures du malade.

Les urines sont troubles et contiennent un dépôt purulent assez abondant.

Il n'y a jamais eu d'hématurie.

Pas de douleurs lombaires.

Signes généraux. — Nuls. Pas de fièvre, ni de signes d'infection urinaire.

Signes physiques. — *Urètre* : Quelques anneaux très larges admettant facilement un 23 ou un 24 Charriere.

La traversée prostatique est de 4 cent. 1/2 environ.

La prostate saigne facilement.

Vessie : Rétention incomplète de 145 centimètres cubes d'urines très troubles recueillies après la miction. Capacité : 200 centimètres cubes.

Toucher rectal : Prostate de volume très moyen, plutôt petite, régulière, lisse, mais très dure.

Reins : Ne sont pas douloureux et ne sont pas accessibles.

Opération le 15 décembre 1902.

Pendant les quinze jours qui précèdent l'opération, la vessie du malade est désinfectée par des lavages journaliers au nitrate d'argent à 1/1000.

Anesthésie au chloroforme, précédée de l'ingestion de 80 grammes de sirop de chloral, vingt minutes avant le début.

Lavage de la vessie et introduction d'un Béniqué dans l'urètre.

Le malade est placé dans la position de la taille et le siège est exhaussé le plus possible par des alèzes roulées.

Incision biischiatique courbe à convexité antérieure.

Le tissu cellulaire saigne abondamment. Le rectum est refoulé en en arrière.

Aussitôt que la profondeur de la plaie le permet, une valve est placée comme écarteur sur la lèvre inférieure de l'incision, de façon à élargir le champ opératoire.

La prostate, rendue accessible, est fendue longitudinalement sur le Béniqué qui est retiré. L'urètre a été ouvert dans le même temps.

Décollement de la capsule qui se fait assez bien et qui est poussé sur les côtés et en avant aussi loin que possible.

Le doigt, introduit dans l'urètre et également dans la vessie, mais péniblement, constate que cette portion du canal est transformée en

un conduit à parois très dures et tout à fait inextensibles. Il permet d'apprécier, avec l'aide du pouce placé en dehors, l'épaisseur de la glande qui est minime. Il n'y a pas de lobe moyen.

L'extirpation de la prostate par morcellement est rendu difficile par la friabilité du tissu glandulaire qui se déchire sous la pression des pinces à traction.

Morceau par morceau, toute la prostate est enlevée. Elle est d'ailleurs, ainsi que le faisait prévoir le toucher, très peu volumineuse et, en somme, à peine autant qu'une prostate normale.

L'urètre prostatique est devenue plus souple. M. Delbet s'efforce cependant de réduire encore à coups de ciseau prudents l'épaisseur de la paroi.

Drain vésical pénétrant par le périnée, taillé dans une sonde de de Pezzer n° 20 et fixé à la lèvre cutanée antérieure.

Trois fils d'argent de chaque côté rétrécissent la plaie périnéale qui est tamponnée.

Pansement à la gaze stérilisée.

Les pansements sont renouvelés tous les jours jusqu'au 1er janvier, c'est-à-dire pendant seize jours, puis ils ne sont plus faits que tous les deux jours jusqu'au 22 janvier, date à laquelle la cicatrisation est terminée.

Le drain vésical a été remplacé par une sonde à demeure le huitième jour et celle-ci a été maintenue — renouvelée tous les trois ou quatre jours, pendant quinze jours, puis définitivement enlevée.

Pendant les deux jours qui ont suivi l'opération, la température est montée le soir à 37°9. A partir du troisième jour, il n'y a plus eu de fièvre.

Pour faire disparaître la purulence de l'urine, deux séries de lavages au nitrate d'argent ont été pratiquées, la première du 24 au 30 décembre, la deuxième du 13 au 23 janvier.

A partir de ce moment, les urines sont devenues définitivement claires.

La marche décroissante de la rétention incomplète a été la suivante ;

Le 16	janvier	:	résidu de	45	grammes.
Le 22	—	:	—	25	—
Le 29	—	:	—	6	—
Le 2	février	:	—	4	—
Le 6	—	:	—	3	—

Au moment de sa sortie de l'hôpital le 11 février :

Les mictions se sont espacées, le malade peut attendre deux heures et plus sans éprouver de besoin. La nuit, il ne se lève plus que deux à trois fois.

La capacité vésicale est sensiblement la même, 210 grammes.

La rétention incomplète est de quelques gouttes.

Le jet est puissant et va tomber au moins à 80 centimètres du malade.

Au toucher, on sent, sur la ligne médiane, l'urètre qui donne la sensation d'un tuyau à parois élastiques qu'on écrase.

Latéralement, un peu de résistance là où était la prostate.

Permettez-moi d'insister encore une fois sur deux points :

1° Bien que la vessie fût infectée, les suites opératoires ont été très simples;

2° Bien que la prostate ne fût pas hypertrophiée, son ablation a fait cesser tous les troubles de la miction.

Traitement des fractures de la rotule.

M. Lejars. — Je suis tout prêt, quant à moi, à mettre en pratique, le cas échéant, le procédé de cerclage intra-rotulien que M. Quénu a expérimenté sur le cadavre ; je dis, le cas échéant, car je voudrais choisir une fracture à peu près transversale, une rotule assez épaisse, des conditions et un milieu où j'aie toutes mes aises ; il ne me semble pas, en effet, que la technique nouvelle soit plus simple et plus facile que les excellentes méthodes de réunion qui ont fait toutes leurs preuves, la suture et le cerclage.

J'avoue n'être que peu impressionné par les expériences cadavériques qui nous ont été communiquées ; quels que soient leurs résultats, les observations vivantes sont aujourd'hui assez multipliées et assez prolongées pour témoigner de la solidité « pratiquement suffisante » de nos réunions rotuliennes.

Pour ma part, je suis partisan du cerclage, mais le fait de l'avoir quelque peu étudié, à la suite de M. Berger, et de l'avoir pratiqué jusqu'ici dix-huit fois (1), avec des résultats heureux, n'est nullement pour m'empêcher de reconnaître les mérites de la suture et d'y recourir. Mais, en règle générale, il me paraît que le cerclage est plus facile que la suture — qu'il donne des résultats nullement inférieurs, — enfin qu'il est seul applicable dans certaines conditions et pour certains types de fractures.

Le cerclage est simple, mais encore faut-il qu'il soit bien fait ; à mon sens, il est indispensable de passer le fil dans l'épaisseur du tendon rotulien, un peu plus près de sa face antérieure que de sa face postérieure, et immédiatement au contact de la base de l'os ; on prévient mieux de la sorte le « bâillement » en avant des deux surfaces fracturées et l'on réalise une coaptation plus exacte. Il est fort important aussi que le fil encadre intimement le double pourtour rotulien, et que les fragments soient bien maintenus en contact, jusqu'à la torsion complète du fil. Enfin, je suture toujours les ailerons et les tissus fibro-périostiques pré-rotuliens.

Ainsi cerclée, la rotule est solide, puisque nos blessés se lèvent

(1) Sur dix-sept malades, les deux rotules, simultanément fracturées, ayant été cerclées, chez l'un d'eux, dans la même séance (*Soc. de chir.*, 7 déc. 1898).

vite, et que le fonctionnement se rétablit à souhait, dans la grande majorité des faits.

Enfin, le cerclage nous semble seul utilisable, lorsque la rotule est divisée en deux fragments très inégaux, dont l'inférieur, tout petit, est comme perdu dans l'insertion du ligament rotulien, et lors de fractures comminutives, à plusieurs fragments irréguliers. J'ai opéré, en 1896, un homme de soixante et un ans, qui s'était cassé la rotule droite, en tombant de bicyclette : la fracture siégeait si près de la pointe, que nous avions pensé d'abord à un arrachement du ligament rotulien ; je ne vois pas quelle suture eût été possible, en pareille condition ; je pratiquai le cerclage, je fis lever mon opéré au douzième jour, au quinzième, il commençait à marcher dans son appartement ; il a recouvré toute la mobilité et la force de son membre inférieur, et repris sa bicyclette. Il en est de même des fractures comminutives, et j'ai cerclé, à plusieurs reprises, de ces rotules transformées en mosaïques, et que le fil circonférentiel parvient seul à reconstituer en un bloc continu.

Quoi qu'il en soit, j'estime que la question mécanique proprement dite, la question de réunion primitive des fragments, n'est qu'une partie de la méthode moderne de traitement des fractures de la rotule. Un point capital, à mon sens, c'est celui que nous a bien montré M. Championnière : la nécessité de faire lever très tôt les opérés, de les mobiliser très tôt, sous les réserves que vous connaissez en ce qui concerne la flexion. Nos dix-sept cerclés se sont levés le plus tard au quinzième jour ; en règle générale, je supprime tout appareil au dixième jour, et je commence la mobilisation et le lever du douzième au quinzième jour. A mon sens, c'est là un élément primordial de la guérison fonctionnelle, et il servirait peu de réaliser une adaptation solide des fragments, si l'on ne devait pas en profiter pour assurer le rétablissement rapide des fonctions.

M. Berger. — Je n'ai aucune objection à faire au procédé de suture de la rotule que nous a décrit M. Quénu et je suis même tout prêt à l'employer à l'occasion. Il est, en effet, l'application de la méthode de suture osseuse que j'emploie de préférence tant pour les pseudarthroses que pour les fractures des os longs, la suture par une anse métallique traversant de part en part transversalement les deux fragments, c'est à mon avis la plus solide, la plus simple, la plus exacte des sutures osseuses. Le procédé proposé par M. Quénu n'échappe néanmoins pas aux objections que l'on peut faire à la suture rotulienne : elle n'est pas applicable aux cas où l'un des fragments, le supérieur ou l'inférieur, présente des dimensions beaucoup inférieures à l'autre, aux fractures à fragments multiples, aux cas où les fragments éclatent sous l'action du

perforateur : c'est justement dans ces conditions que j'ai été amené à imaginer le cerclage et à le substituer à la suture rotulienne.

Je n'y mets d'ailleurs pas d'amour-propre d'auteur et je n'ai jamais eu l'intention d'en faire un procédé destiné à remplacer la suture dans toutes ses applications ; il présente néanmoins sur celle-ci l'avantage de n'exiger aucune instrumentation spéciale, d'être d'une exécution plus simple et de ne nécessiter aucune manipulation intra-articulaire.

Je suis assez peu touché du reproche que lui fait M. Quénu de se desserrer plus que la suture : quand on emploie du fil métallique fort, fil d'argent ou de platine d'un millimètre de diamètre, qu'on le passe très exactement le plus près possible de la circonférence rotulienne et qu'on le serre aussi fort que possible en en entortillant les extrémités, ce fil tient toujours assez pour empêcher l'écartement des fragments ; j'ai fait bien des cerclages, je les ai revus au bout de mois et parfois d'années ; jamais le fil n'avait lâché ou ne s'était rompu ; toujours il encadrait la rotule d'un cercle métallique complet, suffisant et rigide, ainsi que me l'a démontré la radiographie de ces sujets. D'ailleurs je ne pense pas qu'il faille soumettre la rotule fracturée à des épreuves aussi précoces et même prématurées que le pensent MM. Championnière et Lejars ; pour m'être mal trouvé d'avoir commencé vers le 10e jour, à mobiliser une fracture de rotule suturée, j'ai renoncé pour toujours à cette pratique et ce n'est qu'au bout de 15, 18, 20 et même 25 jours que je commence la mobilisation effective du genou et que je permets la marche à l'opéré.

Mais qu'il me soit permis de dire ici que, si sûre que paraissent la suture et le cerclage de la rotule entre les mains d'un opérateur exercé, ces opérations comportent des dangers et peuvent laisser place à des complications qui ne doivent pas nous faire négliger le traitement des fractures par les méthodes anciennes. Un fait, le seul où j'aie eue des craintes qui heureusement ne se sont pas réalisées, m'a fait faire de salutaires réflexions sur ce point. Il s'agissait d'un malade sur lequel j'avais, il y a une dizaine d'années, pratiqué la suture de la rotule à domicile, ce que j'ai eu tort de faire et ce que je ne ferai plus jamais. Il paraissait guéri le 8e jour ; je le quittai le 10e jour en lui permettant de faire quelques mouvements du genou ; quand je le revis trois jours après, il avait 40 degrés de température ; en avant de la rotule suturée était un hématome suppuré énorme et récent, que je n'eus que le temps d'ouvrir pour empêcher que l'articulation ne suppurât ; encore pendant un grand mois eus-je à trembler de voir cette complication se réaliser ; il me fallut enlever les sutures, extirper des séquestres rotuliens. Enfin le malade guérit mais avec un genou si

grêle que Panas, qui était de ses clients, lui affirmait que jamais il ne reprendrait les mouvements de sa jointure : Il fléchit actuellement et étend le genou comme vous et moi, monte un escalier quatre à quatre et escalade l'impériale d'un omnibus avec une rotule aussi solide que celle du côté opposé : vous voyez que la mobilisation prématurée à ses dangers.

A cette occasion, je fis le recensement des accidents graves observés dans quelques services des hôpitaux de Paris, à la suite de sutures rotuliennes pratiquées pendant que je donnais mes soins à mon opéré; le bilan fut terrifiant : deux suppurations suivies d'ankylose, l'une après extirpation de la rotule nécrosée; deux amputations, dont l'une suivie de mort: tels furent les accidents qui en moins de six mois avaient été observés par quelques-uns des chirurgiens les plus habiles et les plus justement renommés de Paris pour l'impeccable asepsie de leur pratique!

En présence de pareils désastres, que nous pouvons espérer, mais que nous ne pouvons affirmer éviter dans tous les cas, j'ai cru qu'il fallait rechercher plus exactement les contre-indications de l'opération tirées de l'âge, de l'état général, de la profession, de l'état du sujet et du membre, et qu'on devait dans les cas douteux et même dans d'autres, revenir au traitement, par les appareils non seulement pour être sûr de ne pas éprouver de semblables calamités, mais pour montrer à ceux dont nous faisons l'éducation chirurgicale, qu'on peut par ces moyens démodés à tort, obtenir sans danger quoique avec plus de peine et de temps, des résultats presque aussi bons que ceux que nous donne l'opération.

Il ne faut pas oublier, en effet, que la suture ou le cerclage sont bons pour la pratique de la grande chirurgie, mais que l'on ne saurait sans imprudence les recommander à tous les médecins qui ont à soigner des fractures de la rotule loin des grands centres. Si notre responsabilité se trouve toujours engagée dans des entreprises de cette nature, que penser de celle qu'encourraient des praticiens peu versés dans la pratique de la chirurgie aseptique? C'est une considération qu'oublient, un peu trop, certains chirurgiens qui croient que toute la chirurgie peut être toujours confiée aux mains de vrais chirurgiens : or, les médecins qui n'ont jamais entendu vanter que la suture ou le cerclage comme moyens de traitement des fractures de la rotule, se trouvent complètement désemparés quand ils ont à soigner une fracture de la rotule à laquelle, avec juste raison, ils n'osent pas appliquer l'un ou l'autre de ces procédés.

Vous avez vu, l'année dernière, des sujets sur lesquels, pour des fractures de l'olécrane, j'étais revenu à l'application de l'appareil de Hamilton, moi, qui le premier en France, ai pratiqué

la suture de l'olécrane pour une fracture fermée de cette éminence osseuse et qui vous décrivais, naguère encore, un procédé de cerclage de l'olécrane analogue à celui de la rotule : vous avez pu voir que les résultats que m'avait donnés l'emploi des appareils, n'était pas inférieur à ceux que j'avais obtenus de l'opération.

Je n'en dirai pas tout à fait autant de l'emploi des appareils dans le traitement des fractures de la rotule : voici un malade que j'ai traité par l'application de bandelettes de diachylon unissant les fragments rotuliens, le membre reposant sur une attelle plâtrée ; si la consolidation de la fracture est à peu près irréprochable, constituée par un cal fibreux court de moins de un demi centimètre et très résistant, au bout de soixante-dix jours le genou est encore raide et se fléchit de 50 degrés tout au plus : je n'en suis pas autrement inquiet ; l'extension active est bonne, et dans trois mois le blessé aura récupéré l'angle droit, dans six mois la flexion intégrale de la jointure ; il n'est pas moins vrai qu'il aura mis infiniment plus de temps pour obtenir ce résultat que si on lui avait fait la suture osseuse ; mais ce résultat il l'aura acquis *sans courir le moindre danger* : et c'est pour cela que je recommande de faire connaître aux élèves ces méthodes laborieuses, peu brillantes mais sûres qui leur permettent de rendre au blessé un membre bon pour la fonction, sans lui faire courir de risque et sans engager leur propre responsabilité.

Un mot en terminant : je ne saurais assez recommander dans les opérations de cerclage ou de suture rotulienne, d'éviter les manœuvres intra-articulaires et surtout d'introduire, le doigt dans l'articulation du genou. Comme il faut vider celui-ci des caillots qu'il renferme, dégager les surfaces fracturées des lambeaux périostiques qui se sont rabattus sur elles, c'est avec les instruments, la rugine, la cuillère tranchante, c'est avec le doigt mais entouré d'une compresse stérilisée, qu'il faut faire ces manœuvres : le doigt même le plus propre est toujours d'une asepsie douteuse. Pour fixer les fragments en cas de suture, j'emploie le davier à résection qui rend facile la perforation et le passage des fils métalliques. Je recommande enfin, lorsqu'on pratique la suture ou le cerclage, de réunir avec soin par la suture les bords de la déchirure des ailerons ligamenteux et le périoste rotulien. Entre des mains exercées, la suture et surtout le cerclage de la rotule demeurent encore le meilleur moyen de traitement des fractures de cet os, si le sujet ne présente pas de contre-indication à leur application.

M. Schwartz. — Je ne vous entretiendrai pas des indications de la suture ou du cerclage de la rotule. Toutefois, j'insiste sur un point

qui a été discuté par notre collègue, le professeur Berger, sur la possibilité d'accidents. Je suis absolument de l'avis de M. Berger, et je pense que si on n'a pas les garanties suffisantes d'asepsie et d'antisepsie, surtout du côté du champ opératoire, il vaut mieux s'abstenir et employer les autres méthodes de traitement, et en particulier le massage et la mobilisation. J'ai observé, pour ma part, des faits qui m'ont fortifié dans cette opinion.

Notre collègue, M. Quénu, nous a exposé, dans la dernière séance, un certain nombre d'expériences qu'il a faites pour éprouver la résistance de divers procédés de sutures de la rotule après fracture. Notre collègue, dans un très intéressant mémoire, a cherché à montrer, expérimentalement du moins, la supériorité du procédé qui consisterait à faire la réunion à l'aide d'un fil traversant des deux fragments en travers, quand ils sont à peu près d'égal volume, traversant l'un et encerclant l'autre, lorsque l'un d'eux n'est pas assez considérable pour permettre la perforation. Il s'appuie, pour préconiser cette manière de faire, sur l'écartement angulaire des fragments, soit suturés par le procédé de Lister, soit encerclés par celui de Berger, sous l'influence de tractions sur le fragment inférieur.

Les avantages de la suture transversale, ou de l'hémicerclage, quand la première est impossible, seraient la plus grande facilité et la plus grande résistance à l'écartement angulaire des fragments.

Au point de vue théorique, je ne puis m'empêcher de craindre que le mode de suture préconisé par M. Quénu ne soit plus favorable à la bascule, à un chevauchement d'avant en arrière ou inversement, des deux fragments, pour peu qu'il y ait un peu de relâchement. C'est là une idée purement théorique et je ne demande pas mieux que de me laisser convaincre du contraire.

Au point de vue clinique, je ne puis souscrire aux affirmations de notre collègue, en ce qui concerne la difficulté de la suture et l'écartement angulaire des fragments, soit après elle, soit après le cerclage.

J'ai pratiqué fréquemment la suture de la rotule, d'après le procédé de Lister, avec un ou deux gros fils, pour le remplacer, depuis cinq ou six ans, par le cerclage, toutes les fois que ce dernier m'a paru indiqué, et je n'ai jamais remarqué que mes opérés aient présenté cet écartement dont nous a parlé notre collègue. Il est vrai que je ne laisse faire de mouvements de flexion que vers le vingt-cinquième jour, tout en faisant lever les malades plus tôt (du quinzième au dix-huitième jour), quand cela est possible.

Toutes les fois que j'ai pratiqué la suture directe des fragments, quand celle-ci a été considérée comme possible (volume suffisant,

peu ou pas d'esquilles), j'ai toujours ajouté à cette suture, la suture des ailerons de la rotule, et, de plus, une suture de tous les tissus prérotuliens, de façon à enfouir les fils d'argent et à consolider la réunion osseuse par une réunion fibreuse. C'est là une manière de faire qui ne m'est pas personnelle, et je m'en suis toujours très bien trouvé. J'accorde que la suture antéropostérieure est assez difficile, étant données, comme l'a dit Quénu, la mobilité des fragments et la position qu'on est obligée de prendre pour forer les fragments d'avant en arrière, et cela aussi exactement que possible, au même niveau, sous peine de constater, après le serrage des fils, une coaptation imparfaite par chevauchement transversal. C'est là une question de coup de main et de coup d'œil qui s'acquiert par l'expérience. Pour ma part, si j'ai, dans quelques faits, constaté le chevauchement dont parle notre collègue, il a toujours été assez faible pour ne pas avoir, sur la fonction articulaire, aucune influence nuisible.

Dans ces dernières années, j'ai pratiqué plus souvent le cerclage que la suture, parce que le cerclage m'a, en effet, paru plus facile et plus efficace, surtout dans les cas où les fragments sont inégaux et, à plus forte raison, quand l'un des deux est très petit. J'y ajoute toujours, si possible, la suture des tissus fibreux prérotuliens. J'en suis très satisfait et ne réserve plus la suture typique qu'aux cas à fragments épais et à peu près égaux.

Toutefois, je crois que l'hémicerclage, tel que l'a décrit notre collègue, peut être une bonne opération dans les cas où l'on a à faire à un très gros fragment et à un autre si petit qu'on est obligé de traverser le ligament ou le tendon pour avoir une prise suffisante. Je ne serais pas éloigné d'employer dans un cas pareil la technique de Quénu.

En résumé, je pense que la suture et le cerclage sont deux excellentes opérations, à condition de faire une réparation aussi complète et soignée que possible des ruptures osseuse et capsulaire.

Il ne faut pas vouloir aller trop vite comme flexion après une suture ou un cerclage, ne permettre les mouvements de flexion que vers le vingt-cinquième ou le trentième jour, et veiller avec soin aux manœuvres de mobilisation et de massage qu'on pratique sur l'articulation.

M. Paul Reynier. — Les expériences de M. Quénu sont très intéressantes et bien conduites, mais je n'en vois pas la grande utilité pratique.

Qu'on passe un fil d'argent, un fil de platine transversalement ou longitudinalement ou circulairement, c'est toujours un corps

étranger qu'on laisse dans la plaie. Ces corps étrangers sont les appels de tout microorganisme qui, accidentellement ou d'une façon permanente, se trouve dans la circulation de l'individu. Aussi, ces corps étrangers sont souvent mal tolérés, s'infectent et nécessitent leur ablation tardive. J'ai eu à le constater comme M. Berger, pour des malades qui avaient été, les uns opérés par moi, les autres par mes collègues. Aussi, à l'heure actuelle, je fais tous mes efforts pour m'en passer, et je considère que le progrès dans la chirurgie des fractures de la rotule consiste à ne plus avoir recours aux fils métalliques.

Bien que j'en aie abandonné l'emploi depuis un certain nombre d'années, j'ai obtenu sans eux d'excellents résultats, que je vous ai déjà fait constater et que je me propose encore de vous montrer.

Comme le faisait remarquer Gosselin, ce qui joue le rôle le plus important pour la reprise des fonctions du membre, c'est l'intégrité des ailerons de la rotule et de tout ce surtout ligamenteux, émanation de l'aponévrose d'enveloppe tricipitale.

Que ces ailerons ne soient pas déchirés et le malade marche avec une rotule dont les fragments sont écartés.

Aussi, dans le traitement opératoire des fractures de la rotule, ce qu'on doit chercher surtout, c'est la réfection de ces ailerons et de ce surtout ligamenteux, qui est, le plus souvent, de chaque côté de la rotule, largement déchiré.

Par une grande incision transversale, je découvre cette déchirure ligamenteuse dans toute son étendue. Après avoir, avec des compresses aseptiques, bien asséché l'articulation de tout le sang qu'elle contenait, et avoir débarrassé les surfaces osseuses des caillots qui y sont adhérents, je ferme par une suture au catgut en surjet, de chaque côté de la rotule, la déchirure ligamenteuse. Or, il est à remarquer que quand on a ainsi suturé les bords de cette déchirure jusqu'au bord de la rotule, les fragments rotuliens se rapprochent d'eux-mêmes et restent rapprochés.

Toutefois je continue mon surjet, ou je mets des points de catgut séparés au-dessus des fragments rotuliens, faisant passer mon aiguille dans le tissu fibreux épais qui recouvre les fragments de cet os, et qui est formé par les fibres du tendon du triceps se continuant avec le ligament rotulien. Très souvent je me contente de cette simple suture périostéo-ligamenteuse. Cependant, il me semble préférable d'assurer le rapprochement des fragments rotuliens par la ligature de deux gros fils de catgut, que j'ai passés angulairement dans les fragments osseux, avant de commencer la suture de la déchirure du surtout ligamenteux comme vous passez vos fils d'argent.

Tout ainsi suturé, je réunis la peau sans drainage, inutile quand on est sûr de son asepsie, et je mets le membre dans un plâtre, dans lequel je le laisse vingt-cinq jours au minimum. Au bout de ce temps, je le retire et laisse la jambe libre, permettant au malade de faire quelques mouvements. Je ne le laisse se lever qu'au bout de trente jours, après quelques séances de massage.

Je ne vois en effet, comme M. Berger, comme M. Schwartz, aucune utilité à faire marcher les malades dès le huitième ou le dixième jour. Si les malades marchent à cette époque, ils marchent mal et souffrent, et si on a l'occasion de les revoir au bout de un mois, ces malades, par le fait de l'arthrite qu'ils ont entretenue en marchant, sont dans de moins bonnes conditions que ceux qu'on a tenus au lit, laissant à l'articulation le temps de revenir complètement à la normale.

M. Routier. — Je voulais seulement dire un mot à propos du procédé que préconisait M. Quénu. En effet, j'ai présenté ici, en 1901, un malade à qui j'avais suturé la rotule et qui marchait au bout de quinze jours.

Six mois après, ce malade à la suite d'excès de boisson, tomba et se refractura la rotule, il revint une semaine après, et je resuturai sa rotule, mais comme je ne pouvais plus passer mes deux fils perpendiculairement à la fracture, je passais un fil en travers comme l'a indiqué M. Quénu.

J'ajoute toujours à mes deux gros fils d'argent une suture des parties molles, des ailerons et des tissus fibreux qui sont au devant.

Contrairement à M. Berger, je trouve que l'ouverture large de l'articulation et son nettoyage méticuleux constituent une des meilleures choses dans l'opération de la suture rotulienne.

Je n'ai pas peur de mettre le doigt dans l'articulation et je me préoccupe peu de savoir si le fil passe ou non à travers le cartilage.

Il faut du reste avant de suturer gratter la surface de la fracture, car elle se trouve couverte d'un exsudat fibrineux qui empêche toute coaptation complète.

M. Gosselin nous parlait dans ses cliniques d'un état particulier de la rotule qui la rendait cassante, et nous montrait un boucher qui, ayant eu les deux rotules fracturées, avait de chaque côté un écartement de 18 à 20 centimètres; ce n'était pas l'idéal de la guérison de la fracture de la rotule, cependant cet homme portait des quartiers de bœuf et faisait tout ce qui concernait son métier.

J'ai, en 1880, aidé sur ces données un de mes amis à faire sa thèse

sur la fracture double de la rotule et par les observations recueillies, nous sommes arrivés à admettre, à prouver qu'il y avait en effet un état spécial des rotules favorisant leur fracture.

M. Nimier. — J'ai deux observations d'hémicerclage de la rotule comme le préconise M. Quénu; l'un des fracturés a été opéré par moi, l'autre par collègue M. Loison. Voici la radiographie de ce dernier, elle est médiocre, mais elle date de 1899; du reste, on peut voir que la réunion est très bonne.

M. Lucas-Championnière. — Après avoir fait l'autre jour la critique du mode de suture de M. Quénu, non au point de vue de son ingéniosité, mais pour montrer qu'il ne me paraissait pas constituer un progrès possible, je veux ajouter quelques considérations pratiques tirées de ma longue expérience des fractures de rotule.

J'en ai suturé soixante-huit, et je n'ai pas vu qu'aucun chirurgien dans le monde ait eu l'occasion d'en faire autant. Cela me permet d'avoir une opinion personnelle sur la question.

Je crois que la nature du fil, de la substance à employer est très importante. Je veux un gros fil métallique (fil d'argent de 1 millimètre), parce qu'immédiatement il constitue une attache qui donne une solidité telle que si on voulait une marche immédiate on pourrait la provoquer sans inconvénient, au point de vue de la solidité; et la marche prompte est d'intérêt capital.

J'ai, le premier, conseillé d'employer *deux fils verticaux* et parallèles au lieu du fil unique médian qu'avaient employé Cameron et Lister. Selon moi, c'était là un progrès considérable au point de vue de la perfection du rapprochement et de la solidité.

Quant à la nature du fil critiquée par M. Reynier parce que le fil d'argent serait toujours un corps étranger éliminable, la critique ne tient pas devant l'expérience, et, je tiens à le dire, devant mon expérience. Même si le fil a été mal employé par d'autres, l'argument ne vaut rien d'une manière générale.

Je n'ai jamais eu l'occasion d'enlever de fil.

Une seule fois, après des mois, un malade est venu me trouver. Une pointe de l'un des nœuds le gênait.

A la consultation, j'ai pris un bistouri. Une incision de quelques millimètres m'a permis de réséquer un bout de fil de quelques millimètres. J'ai mis un peu de collodion. Le sujet est rentré chez lui, et n'a plus jamais rien ressenti.

C'est *le seul cas* que je connaisse d'inconvénients par un fil métallique.

J'ajoute que, dans les centaines d'autres opérations dans les-

quelles j'ai abandonné des fils métalliques, je n'ai jamais vu d'élimination de fils même avec les os mauvais de la tuberculose.

Je ne saurais trop insister sur ce fait que l'opération comporte l'*ouverture large* de l'articulation. C'en est presque la condition majeure, car c'est l'ouverture articulaire qui permet l'ablation des tissus fibreux qui séparent les os et empêchent leur réunion. Elle permet aussi de mettre l'articulation au net et de la débarrasser de tout ce qui l'encombre et la compromet.

Sur ce sujet, je ne comprends pas les réserves de M. Berger. J'ai toujours, et sans ménagement, parcouru toute l'articulation. J'y glisse une plaque de cuivre pour défendre les os contre mon perforateur, et je tiens précisément à ne point ménager les contacts dans cette articulation sans que jamais un événement soit venu me montrer que j'ai tort. Je l'ai toujours fait avec une antisepsie irréprochable. Mais je n'ai jamais employé les gants sans lesquels on ne doit pas, paraît-il, ouvrir l'article.

Je recommande à ceux qui feront l'opération de ne pas la faire trop immédiate. D'abord, ils pourraient avoir la mauvaise fortune de tomber sur un sujet ayant subi un autre traumatisme grave. La chose m'est arrivée. J'ai opéré, quelques heures après le traumatisme, un ivrogne qui m'avait paru ne présenter aucune autre lésion. La suite nous fit reconnaître une rupture du rein à laquelle il succomba. Je n'eus d'autre satisfaction que de constater que, pendant les neuf jours qu'il vécut, sa plaie s'était réparée si régulièrement qu'il était parfaitement guéri de sa fracture de rotule au moment de la mort.

En outre, je crois qu'après le gros traumatisme articulaire que représente la fracture de rotule, les tissus contus sont disposés à donner des exsudats abondants. La facilité à l'inoculation septique est beaucoup plus grande qu'elle ne le sera au bout de deux ou trois jours. La prudence invite donc à n'intervenir qu'au bout de ce terme, très rapproché du reste.

Mais surtout j'adjure tous ceux qui me suivent de ne jamais ouvrir le genou *sans faire une antisepsie absolue*. Il ne faut pas oublier qu'il y va de la vie des opérés.

La prétendue irritation des articulations par les liquides antiseptiques est toute entière dans l'imagination des gens qui ne se sont jamais servi scientifiquement des antiseptiques.

J'ai toujours lavé soigneusement le genou comme toutes les grandes articulations avec l'eau phéniquée forte; j'ajoute que je draine toujours non dans l'article, mais sous la peau, et par prudence.

En revanche, il ne faut pas oublier que le martyrologe des opérations articulaires est considérable. M. Berger vous l'a dit

d'après des statistiques. Il est plus considérable qu'on ne peut le vérifier, car bien des cas funestes n'ont pas été publiés. J'ai eu entre les mains deux opérés du même chirurgien dont l'un avait passé neuf mois, et l'autre avait passé onze mois dans son lit avec des suppurations parties d'une fracture de rotule suturée; et, s'ils avaient échappé à la mort au moins étaient-ils dans un état d'infirmité définitive.

Tout celà me paraît parfaitement évitable. Mais je pense que personne n'a le droit de faire sur un sujet atteint de fracture de rotule les tentatives de chirurgie aseptique.

Dans mes nombreuses opérations je n'ai jamais vu qu'une fois de la suppuration. Or, même cette suppuration n'avait pas été primitive. Le sujet avait été pansé en dehors de moi et de si médiocre façon que lorsque je le vis le lendemain le pansement avait quitté complètement la région où il avait été établi un drainage. Cela suffit pour amener une suppuration secondaire qui a laissé de la raideur articulaire, sans autre inconvénient heureusement. Aussi, en principe je ne laisse jamais un autre que moi même faire un premier pansement d'une suture de rotule.

Contrairement à ce que plusieurs de nos collègues ont avancé je tiens d'une façon absolue au mouvement précoce et même à la marche de bonne heure sans exagération.

Ce mouvement léger, je le provoque dès le quatrième jour, et j'ai fait marcher assez régulièrement les sujets du dixième au dix-huitième jour.

On vous dit, si le sujet est âgé retardez cette marche. C'est absolument le contraire qu'il faut dire. Quand j'ai opéré un sujet âgé j'ai fait marcher bien plus vite. Tel ce malade que j'ai montré ici opéré à plus de soixante ans et qu'au dixième jour j'avais mis sur ses pieds.

Contrairement aux assertions de M. Reynier qui pense que ces malades si brillants au début deviennent défectueux plus tard, j'ai de fort bonnes observations. J'ai pu en particulier revoir cet opéré après quatre ans, marchant d'une façon irréprochable et sans douleur.

Toutefois, si je les mobilise et si je les fais même marcher, je ne veux pas qu'on exagère volontairement leurs *mouvements de flexion*. Celà ne sert à rien et peut être dangereux. Du reste il y a vingt ans Lister avait déjà recommandé ce ménagement.

Mais attendre non seulement trente jours mais six semaines et deux mois pour faire marcher les sujets est une pratique déplorable aussi bien que mettre les appareils inamovibles pendant les jours qui suivent l'opération.

Je ne recommande même pas de massage. En effet le massage

sur l'articulation n'a aucune raison d'être. On masse une articulation douloureuse, des ligaments déchirés, une cavité remplie par un épanchement. Mais tout cela a été réparé par l'opération. Il n'y a aucune raison de troubler la réparation par les pratiques du massage.

Il n'y a même pas de bonnes raisons pour masser les muscles, si l'opération a été faite rapidement, car il n'y a pas d'atrophie musculaire. Dans les cas dans lesquels on suture une rotule anciennement fracturée il en serait autrement.

Après une si longue expérience de l'opération de la suture de la rotule fracturée, je ne saurais trop répéter qu'elle constitue une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne, à la condition toutefois d'être pratiquée sur des données bien établies.

La faire à la légère, avec fantaisie, en inventant à ses débuts de nouvelles manières de faire, en ne suivant par les préceptes établis pour la sécurité par les chirurgiens qui l'ont dès longtemps expérimentée, c'est s'exposer de gaité de cœur aux accidents formidables qui attendent *tous ceux qui aborderont sans éducation suffisante la chirurgie articulaire.*

Ceci dit, je ne saurais accepter les conclusions de plusieurs de nos collègues sur la possibilité de recourir aux moyens anciens de traitement de fracture de rotule. C'est précisément l'expérience de la suture qui nous a appris pourquoi les efforts de la chirurgie des appareils devaient rester vains et compromettants pour l'article.

Que malgré des réparations défectueuses, après un temps considérable perdu, certains sujets aient pu avoir encore un fonctionnement tolérable, la chose est hors de doute.

Mais elle ne justifie pas l'inaction du chirurgien qui peut procéder autrement et rendre un membre à l'activité dans des conditions incomparablement meilleures.

Il faut prévoir le cas dans lequel les sujets ne pourront se soumettre à une opération, pour cause de tare organique (diabète ou autre); pour cause d'âge, pour répugnance absolue à subir une opération.

Faut-il alors revenir aux appareils, aux mois passés dans l'extension, avec les appareils compresseurs et les agents de la raideur articulaire qui ne disparaît qu'après des années, si elle disparaît. Cent fois non.

Lorsqu'il y a une vingtaine d'années, Tilanus vint nous faire part, au Congrès de Chirurgie, de la pratique de Metzger, du massage de la fracture de rotule, accompagnée d'une marche rapide, du quinzième au vingtième jour, il nous découvrit une précieuse manière de faire, et j'ai depuis toujours procédé ainsi.

La methode repose sur ce fait qu'avec les traitements anciens la réunion de la fracture n'a dans l'ordinaire qu'un intérêt modéré parce qu'elle n'est que relative. Au contraire, la souplesse articulaire et la moindre atrophie musculaire, conservent au membre des conditions d'exercice tout à fait favorables.

Metzger n'a pas massé dans ces cas, à *cause de la fracture*, mais *malgré la fracture*, ce qui est essentiellement différent de ce que j'ai fait depuis sur des membres sur lesquels j'ai montré que le mouvement *favorise la formation du cal.* Il a massé parce que l'entorse, l'épanchement, l'atrophie secondaire jouent dans la fracture traitée à la manière ancienne un rôle capital. Ce rôle était capital, surtout en présence de la mauvaise réunion des rotules.

Je trouve cette méthode tellement supérieure à toute application d'appareil que lorsque je dois faire un traitement de pis aller, en laissant de côté la suture, c'est celle que je choisis. Je la choisis parce que je n'admets pas le raisonnement qu'on nous a présenté, en soutenant qu'après quelques mois les fractures de rotule traitées par les appareils sont au point où la suture osseuse les met rapidement.

De tout temps, le résultat des appareils a été mauvais, en règle général, et il reste mauvais malgré les efforts des inventeurs et malgré certains cas exceptionnels que l'on présente. Je les rejette donc tous en principe.

Un mot, en terminant, sur une difficulté particulière que deux fois j'ai observée et que nous observerons continuellement aujourd'hui après les traumatismes.

Deux sujets opérés de suture de rotule au lieu de manifester l'empressement que nous trouvons habituellement à user et à abuser de la permission de marcher, se sont refusés à user de cette permission. C'étaient des sujets qui avaient des accidents du travail et qui comptaient sur une indemnité qui ne pouvait être importante qu'avec la longue durée d'une infirmité.

Nous observons cela tous les jours, aujourd'hui. Je citais, il y a quelque temps, des fractures du radius que des sujets jeunes faisaient valoir comme infirmité au bout de plus de trois mois. La fracture de rotule doit, à plus forte raison, être invoquée pendant longtemps par des sujets qui n'ignorent pas que le traumatisme est très grave, et qui ont vu d'ailleurs des sujets atteints de la même fracture et traités par des appareils, bénéficier de l'indemnité pour des mois et des années. C'est un petit fait, mais qui mérite d'appeler votre attention. Deux observations relatives à la suture de rotule m'ont paru ajouter un réel intérêt aux observations de ce genre.

Élection.

M. Delorme, élu deuxième secrétaire, regrette, ainsi qu'il l'a écrit à la Société, de ne pouvoir remplir actuellement ces fonctions. Il se voit donc forcé de donner sa démission, tout en espérant qu'il pourra assumer cette tâche plus tard, à une époque où ses occupations militaires ne l'empêcheront plus, tous les quinze jours, d'assister aux séances.

M. le Président fait donc passer les urnes.

Nombre des votants : 32.

M. Tuffier	obtient :	23	voix.
M. Picqué	—	8	—
M. Rochard.	—	1	—

En conséquence M. Tuffier est nommé deuxième secrétaire annuel de la Société.

Pour le secrétaire annuel,

A. Broca.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 4 MARS 1903

Présidence de M. Kirmisson.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Chaput qui, retenu par le concours de l'internat, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une lettre de M. Guinard qui, retenu pour le concours de l'internat, demande un congé de deux mois.

4°. — Une observation du Dr J. Regnault, médecin de la marine, intitulée : *Un cas de phlegmon gazeux produit par un anaérobie autre que le vibrion septique.* — Le travail de M. Regnault est renvoyé à une Commission, dont M. Lejars est nommé rapporteur.

5°. — Une lettre de M. Lyot qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos de la prostatectomie.

M. Bazy. — Le malade que nous a présenté M. Delbet et auquel il a fait la prostatectomie m'avait paru assez intéressant pour que j'aie cru lui demander de nous donner l'observation détaillée.

Après avoir lu l'observation, je reste convaincu que son observation ne doit pas être comptée à l'actif de la prostatectomie.

J'aurais mauvaise grâce à contester les résultats qu'il a obtenus ; le malade serait le premier à protester.

Mais en lisant son observation, j'ai fait cette réflexion que le même résultat aurait pu être obtenu par d'autres moyens, soit par les cathétérismes répétés, soit par la sonde à demeure.

C'est en me basant sur des cas analogues au sien que je me permets de formuler ces réserves, et, si je les fais, c'est parce qu'en ce moment nous cherchons les indications de la prostatectomie, et il est utile de bien poser les termes du problème.

M. Tuffier. — Depuis le mois d'octobre 1901, date de mon rapport sur la prostatectomie (Société de chirurgie), j'ai pratiqué six nouvelles ablations de la prostate; de ces six cas, quatre seulement ont trait à l'hypertrophie simple; elles entreront seules en ligne de compte dans la présente discussion, et c'est le résultat de quatre nouvelles opérations, ajoutées aux deux premières contenues dans mon rapport, que je viens verser au débat actuel. La technique, les résultats opératoires et thérapeutiques et les indications de cette opération sont à l'étude.

I. — De ces six opérations, deux ont été faites par voie hypogastrique, quatre par voie périnéale. J'ai choisi la *voie sus-pubienne* dans deux cas, parce que la prostate faisait une saillie considérable du côté de la vessie, comme le prouvait le cathétérisme combiné au toucher rectal, alors que les lobes latéraux ne paraissaient pas développés du côté du rectum. J'ai pu, chez mon second malade opéré en mars dernier, faire l'ablation de l'organe aussi complètement que par le périnée, mais j'ai rencontré des difficultés considérables, j'ai dû morceler la glande; l'opération a été longue, laborieuse, je voyais mal la région à opérer, j'étais gêné par l'écoulement sanguin qui s'accumulait toujours au fond du champ opératoire. Mon malade a cependant guéri, et je dois dire que les suites de l'opération ont été d'une bénignité et d'une simplicité inconnues dans les interventions par le périnée; j'ajoute que le cathétérisme chez ces malades, comme chez le précédent, est resté très facile, et leur continence urinaire est parfaite. Malgré ces derniers avantages, il est certain que la voie sus-pubienne doit céder le pas actuellement à la voie périnéale.

Dans mes quatre opérations par le périnée, j'ai suivi deux fois la technique de Gosset et Proust, mais j'ai prié ce dernier de répéter devant moi son manuel opératoire et de m'assister dans deux opérations sur le vivant; je dois dire que, dans certains temps opératoires, je n'ai été qu'un élève très fidèle. Si cette technique facilite l'opération, elle n'est pas indispensable. J'ai pu mener à bien une opération sans position et sans instrumentation spéciales. La question actuellement pendante, au point de vue opératoire, est celle du *morcellement.* Je n'y attache pas grande importance, et je crois que la technique a d'autres perfectionnements à étudier. Théoriquement, l'ablation de la prostate en un seul bloc fendu sur la ligne médiane est l'idéal; en pratique, on morcelle en deux ou trois fragments le premier lobe, et on enlève, d'un seul tenant, le second. C'est ce qui a eu lieu dans la plupart des pièces présentées ici, et l'élargissement du champ opératoire après l'ablation d'une partie de la prostate explique la pratique différente dans l'extraction des deux

lobes. Le morcellement est indispensable, quand la prostate est friable, et quand elle saigne facilement. On a beau vouloir proportionner ses tractions à la résistance du tissu, le parenchyme se déchire et on fait du morcellement sans le vouloir. Le fait m'est arrivé dans ma dernière opération faite avec l'aide de M. Proust; l'hypertrophie considérable se compliquait d'un prolongement intra-vésical, sous forme d'un champignon que je vous ai présenté dans une précédente séance; le suintement sanguin m'obligea à morceler. Chez un autre de mes malades opéré avec l'aide de M. Dujarier, la prostate était infectée, contenant en certains points un liquide louche infiltré dans les régions voisines de l'urètre; le tissu était friable, et je dus morceler par petits fragments.

J'ai toujours ouvert l'urètre, mais j'ai cherché, dans un cas, à faire une suture complète avec drainage périnéal; il se fit une fistule secondaire. Malgré cet échec, je crois que la suture complète ou partielle est le procédé d'avenir, du moins dans certains cas; sa réussite aurait une telle influence sur les suites opératoires qui forment la plus grande ombre au tableau de cette opération, que je serais disposé à la tenter de nouveau. Je sais que, dans cette opération, c'est le défaut d'asepsie effective et continue jusqu'à la fin de l'opération qui rend aléatoire cette suture; je crois qu'il y a à gagner de ce côté, et que nos résultats en bénéficieraient dans une large mesure. Eviter l'infection de la plaie est, certes, très difficile, mais les sutures ont modifié le pronostic et le traitement des ruptures traumatiques de l'urètre, je ne vois pas pourquoi nous ne réussirions pas de même dans la prostatectomie. Les perfectionnements à apporter de ce côté me paraissent autrement importants que la question de l'ablation de l'organe en deux ou plusieurs fragments. Si j'insiste sur ce point, c'est que les *suites opératoires* sont loin d'avoir, pour l'opéré, la simplicité, la bénignité que vous pourriez croire. Le drainage vésical et le tamponnement du périnée sont pénibles; ils nécessitent des pansements fréquents et assez douloureux; ils sont nécessaires, au bas mot, pendant une quinzaine de jours et peuvent durer deux mois; pendant tout ce temps, l'immobilité du malade dans une position anormale, le suintement continu de la plaie, constituent des facteurs dont nous devons tenir grand compte. La rapidité de la guérison dans de pareilles circonstances n'est pas un élément négligeable.

II. — Mes résultats opératoires se chiffrent par cinq guérisons et une mort. Ce décès est celui d'un malade qui avait traîné dans tous les services spéciaux de Paris, où il avait successivement suivi les traitements des prostatiques infectés, et il était venu échouer cachectique dans mon service. Je l'opérai avec le con-

cours de M. Proust; je suturai le canal après prostatectomie, il se fit une fistule, et, au douzième jour, ce malade mourait sans fièvre, avec la langue sèche, la peau terreuse et le subdélirium que nous rencontrons comme cortège habituel de l'issue fatale des pyélo-néphrites chez les urinaires. Mes cinq autres malades ont guéri sans autre complication qu'une orchite chez l'un et un sphacèle partiel de la plaie chez un autre. La durée du traitement a varié de dix-huit jours à deux mois, le tout compté depuis l'intervention jusqu'à la fermeture absolue du périnée.

III. — Les résultats thérapeutiques sont les suivants : Mes malades étaient tous des rétentionnistes *chroniques* de deux à dix ans. Chez cinq d'entre eux, la rétention était incomplète; chez un seul, elle était absolue, mais chez tous elle était *compliquée*, car je n'ai jamais voulu regarder la *rétention aiguë ou chronique, complète ou non*, comme une indication opératoire. A cette rétention s'ajoutait, chez trois d'entre eux, une difficulté progressive du sondage allant jusqu'à l'impossibilité. Chez un autre, ce sont les besoins douloureux, incessants, qui nécessitaient plusieurs cathétérismes chaque heure; enfin un de mes derniers malades présentait, dès qu'il se sondait, des accidents fébriles graves et continus. Ayant été conduit à l'opération par les symptômes fonctionnels, j'envisagerai le résultat obtenu vis-à-vis de ces symptômes. On attache une grande importance à la quantité du résidu urinaire après la miction; ce facteur ne me paraît pas capital; je puis dire, cependant, que cinq de mes malades opérés vident complètement leur vessie, et la vident assez facilement. Un seul rétentionniste depuis dix ans, garde une cinquantaine de grammes de liquide. Il n'existe aucune comparaison à établir entre leur état actuel et celui dans lequel ils étaient avant l'intervention. L'état douloureux a fait place au calme complet. L'effort nécessaire pour évacuer partiellement la vessie est remplacé par une miction normale; elle est un peu lente pour un de mes opérés qui, guéri depuis deux mois, avait pendant un an fait des efforts désespérés pour vider sa vessie, au point d'acquérir un prolapsus rectal. Sa vessie se vide sans poussée abdominale.

La fréquence des mictions est normale chez deux de mes malades; deux se lèvent une ou deux fois pendant la nuit, un autre doit vider sa vessie toutes les trois heures. C'est ce prostatique infecté dont j'ai parlé plus haut; il existe une cystite que le nitrate d'argent n'a pas améliorée. Mon dernier opéré de cette volumineuse hypertrophie avec tumeur endo-cervicale a gardé pendant trois mois une incontinense d'abord nocturne et diurne d'environ 300 grammes dans les vingt-quatre heures. Elle a complètement disparu. Le cathétérisme est facile et

normal chez mes deux opérés par voie hypogastrique, et chez deux de mes opérés par l'incision périnéale. Chez deux autres, le passage de la sonde est très difficile; pour l'un d'eux, les instruments en gomme ou en caoutchouc ne peuvent passer que très péniblement; seules, les bougies Béniqué pénètrent facilement. Il est certain que cette difficulté du cathétérisme chez les prostatectomisés est un facteur important, et qui nécessitera probablement la construction de sondes d'un modèle spécial appliqué aux exigences des courbures ou des coudures du nouveau canal.

En somme, l'ablation de la prostate appliquée aux *cas spéciaux* que j'ai indiqués me paraît digne d'études, et, avec de légers perfectionnements techniques, elle deviendra probablement recommandable. La meilleure façon de ne pas la compromettre, c'est de ne l'appliquer qu'à des malades chez lesquels le cathétérisme est insuffisant, difficile, trop douloureux ou compliqué, soit par sa fréquence incessante, soit par des hémorragies ou des accidents infectieux rebelles au traitement classique.

Sur les germes dans l'air des salles d'opération.

M. Lucas-Championnière. — J'ai écouté avec attention et avec plaisir la communication de M. Quénu. D'abord ses recherches ont été conduites avec un soin extrême et un souci parfait de constatation sans idées préconçues.

Puis, les vérifications faites par M. Quénu, ses mensurations des germes aériens me donnent une sorte de revanche que j'ai prévue que je vous ai annoncée comme je vous ai annoncé ce retour fatal aux doctrines et aux pratiques antiseptiques que doit nécessiter l'évolution naturelle de la science.

Or, cette vérification, cette mensuration très sincère nous vient d'un de nos collègues qui a beaucoup fait pour écarter les pratiques antiseptiques que je crois nécessaires.

En effet, les recherches très précises de M. Quénu ne font que vérifier la réalité d'une observation clinique dont nous avons toujours invoqué l'exactitude.

Lorsque nous avons soutenu que les germes contenus dans l'atmosphère avaient une réelle importance, nous n'avons pas voulu soutenir que cette importance primait celle des germes déposés sur toutes les parties solides des pansements du malade ou des aides. Mais nous faisions remarquer que leur importance était réelle.

Nous estimions que dans la salle d'opération elle n'était pas très nuisible parce que nous pouvons par nos lavages antiseptiques en neutraliser facilement l'effet, les opérations dans les-

quelles ce lavage ne peut être fait étant de beaucoup les plus rares.

Mais dans la salle d'hôpital ces germes de l'atmosphère prennent une importance capitale. Leur chute au moment du pansement peut être très nuisible et la pulvérisation rendait dans les pansements des services incontestables. Il a fallu plier bagage devant les assertions répétées de nos collègues. Ils avaient tant et tant affirmé aux élèves que la pulvérisation était inutile ou nuisible qu'il était désormais impossible d'obtenir d'eux qu'elle fut assez régulièrement faite. Pour faire la part du feu et sauvegarder les autres précautions de la méthode antiseptique, il nous a fallu céder sur la pulvérisation. Mais à tout instant nous avons affirmé que nous perdions un auxiliaire utile pour l'accomplissement du pansement dans des conditions de grande sécurité.

Or non seulement M. Quénu a constaté scientifiquement la présence de ces germes, mais il a montré leur abondance plus grande dans les salles, il en a mesuré l'importance numérique.

Je ferai remarquer en passant que c'est la première justification de la méthode antiseptique. S'il est démontré, et cela est démontré, que quelques soient les précautions que vous ayez prises pour l'asepsie des pansements des mains et du malade, vous aurez encore au cours de l'opération à craindre l'invasion de germes dont vous n'êtes pas assuré de pouvoir vous défendre, le retour aux pratiques de la méthode antiseptique qui seule vous assure contre les germes imprévus est chose fatale et nécessaire.

La simplification et partant le perfectionnement de la chirurgie actuelle suivra nécessairement cette précieuse vérification.

Un autre point de la communication de M. Quénu m'a fait le plus grand plaisir, l'utilisation de l'eau oxygénée que je n'ai pas employée moi-même sous la même forme de pulvérisation mais que je me promets bien d'employer de la même façon.

Ici encore les assertions que je vous ai communiquées ont trouvé une précieuse vérification.

Vous savez qu'il y a quelques années j'ai apporté ici des études sur l'eau oxygénée employée non comme topique mais comme agent d'antisepsie.

Bien qu'on m'ait contesté la part que j'avais prise à la diffusion de ce précieux antiseptique j'ai eu la preuve de cette part, d'une façon assez originale. La consommation de l'eau oxygénée qui était réduite dans les hôpitaux à quelques centaines de litres avant ma communication est passée l'année suivante à 16.000 litres au grand désespoir de l'administration hospitalière. Or j'avais montré avant tout que cette eau oxygénée agit sur tous les éléments microbiens.

Ici même, des collègues ont voulu réduire cette action à une

action sur les microbes anaérobies auxquels l'eau oxygénée apporterait un oxygène nuisible.

L'observation qui montre l'action réductrice de l'eau oxygénée sur toutes les matières organiques et l'observation de son action antiseptique venaient à l'encontre de cette interprétation trop théorique.

Or il se trouve justement que M. Quénu a employé l'eau oxygénée comme le meilleur antiseptique pour produire cette action par pulvérisation. Notez que la pulvérisation n'est pas, pour la destruction microbienne, un procédé favorable comme l'imprégnation dans un bain.

C'est donc là une substance bien puissante pour avoir donné par pulvérisation, entre les mains de M. Quénu, des résultats aussi positifs.

Vous voyez que j'avais des raisons multiples d'écouter, avec plaisir, la remarquable communication de M. Quénu.

M. Broca. — M. Quénu a rappelé, au début de sa communication, une phrase où j'ai dit, qu'avec des précautions, un chirurgien instruit pouvait opérer avec succès à peu près n'importe quoi et n'importe où. En l'écoutant, j'ai eu l'impression qu'il considérait cette phrase comme une bêtise, mettons comme une erreur. A la lecture, je ne sais plus si cette interprétation est exacte. Avant de parler, je désirerais savoir quelle est sur ce point l'opinion de M. Quénu.

M. Walther. — Je n'ai qu'un mot à dire à propos de la très intéressante étude de M. Quénu. J'avais demandé la parole pour vous signaler un moyen très simple de faire disparaître l'odeur si gênante et persistante du formol, quand on se sert de cet agent. Il suffit de répandre sur le sol de la pièce à désinfecter un peu d'ammoniaque. L'odeur de formol, ces effluves si désagréables et si pénibles, disparaissent immédiatement. On peut donc opérer sans inconvénient aucun, dans une salle qui vient d'être désinfectée au formol.

Depuis la communication de M. Quénu, j'ai fait à plusieurs reprises la désinfection de mes salles par des pulvérisations d'eau oxygénée.

M. Bazy. — Je rends, comme nous tous ici, hommage à la patience et à la conscience de notre ami Quénu pour les belles recherches qu'il poursuit avec tant de persévérance sur les moyens d'obtenir le maximum d'asepsie dans les opérations.

Je n'insiste pas sur quelques résultats contradictoires qu'on peut remarquer, et tels que l'on peut trouver moins de cultures sur

des boîtes placées dans une salle de malades septiques (Cochin), que dans une salle d'aseptiques (Boyer, page 1192), et dans une salle de demi-septiques (Lorain), et même de septiques (Richet), que dans une salle d'aseptiques (Bichat, pages 1193 et 1194).

Ces résultats peuvent tenir à ce que les expériences n'ont pas été répétées un assez grand nombre de fois ; il peut y avoir là des coïncidences.

Ce qui ressort de tout ce travail, c'est l'influence exercée par les mouvements de l'atmosphère sur la quantité de cultures déposées sur les boîtes d'expérience.

Cela n'est pas pour nous étonner, puisque c'est conforme à des constatations très anciennes et de tous les jours.

Ce qu'il importait de savoir, et M. Quénu l'a fait bien voir, c'est la nature et la virulence des espèces microbiennes.

Or, si l'on a trouvé beaucoup de microbes, on a trouvé peu d'espèces pathogènes, et, en somme, sur huit cultures de microbes d'*apparence suspecte*, prises au milieu de beaucoup d'autres dans une petite salle contenant une malade ayant un anus iliaque, c'est-à-dire ne pouvant être que médiocrement pansée et mise hors d'état de nuire, sur huit cultures, une seule était pathogène, et n'a donné qu'un abcès. En somme, ce microbe avait une virulence relative.

Quant aux faits cliniques, paraissant prouver la contamination des malades placés à une distance assez grande l'un de l'autre, par l'air contenant du bacille pyocyanique, ils ne sont pas probants, attendu que le pyocyanique est partout, et, pour le mettre en évidence, il suffit de panser les plaies à l'eau oxygénée.

C'est une démonstration que je fais couramment dans mon service, où, chez les suppurants, je fais apparaître en quelque sorte, à volonté, le pus bleu ; il suffit d'employer l'eau oxygénée.

Au reste, on sait que quelques cultures de pyocyanique sont incolores et qu'il suffit, pour faire apparaître la coloration bleue, d'agiter le bouillon et de multiplier les contacts avec l'air.

En somme, j'estime que les résultats obtenus par notre collègue Quénu sont rassurants, et ils nous expliquent comment il se fait que nous puissions opérer avec sécurité dans l'atmosphère ; ils démontrent, si cela avait besoin d'être démontré actuellement, que le contact de l'air n'a pas d'action nocive et que nous devons éviter surtout le contact des objets non préalablement aseptisés. La contagion s'exerce non par l'air, mais par les mains, les instruments, les objets servant aux opérations ou aux pansements.

On peut opérer partout, à la condition de ne point secouer rideaux, tentures, tapis, de les recouvrir de toiles propres et de ne point s'agiter dans les pièces où l'on opère.

A propos de la botryomycose.

M. Terrier. — Messieurs, dans une des dernières séances, j'ai fait quelques remarques à propos de la botryomycose, dont l'existence me paraît problématique.

Je vous ai rapporté un soi-disant cas de cette affection, siégeant au bord libre de la lèvre inférieure, y formant une tumeur violacée, ulcérée, et n'ayant aucune tendance naturelle à se cicatriser.

Cette petite tumeur enlevée par un coup de ciseaux, et la plaie ayant été suturée à l'aide de crins de Florence, la lésion fut rapidement guérie.

Aujourd'hui je vous communique l'examen de cette tumeur fait par M. le Dr Mignot, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale de la Pitié, examen qui, du reste, plaide en faveur des doutes émis sur la nature de la botryomycose, telle qu'elle a été décrite.

Examen histologique. — La tumeur est très simple comme constitution, c'est un *bourgeon charnu* présentant seulement vers sa base des traces d'organisation fibreuse. Son tissu est constitué par des cellules embryonnaires, tassées les unes contre les autres, avec quelques lacunes contenant des filaments de fibrine et quelques globules rouges. Vers la base il existe quelques tractus fibreux. A la périphérie de la tumeur, aux points où elle se continuait avec les tissus sains, existent de hautes et longues papilles revêtues d'un épithélium pavimenteux.

Nulle part, nous n'avons pu trouver d'*amas mûriformes*, de *botryomycès*, ni de proliférations glandulaires.

Un fragment de la tumeur cultivé a donné sur sérum, gélose, bouillon, gélatine et pomme de terre, des cultures de *staphylocoque doré.*

M. Picqué. — Les remarques de M. Terrier confirment les résultats que nous avons obtenus à Bichat.

Rapports.

Thrombophlébite du sinus latéral, opération, guérison,
par M. le Dr J. Molinié (de Marseille).

Rapport de M. A. BROCA.

Voici le résumé que l'auteur lui-même a joint à son observation complète. Je le reproduis, parce que je ne saurais le faire plus fidèle.

« Au cours d'une trépanation mastoïdienne, le sinus latéral est

ouvert au niveau du golfe de la jugulaire. Aussitôt on dénude le sinus pour faciliter sa surveillance et toute opération éventuelle. Trente quatre heures après, violentes crises de céphalées apparaissant et disparaissant à des intervalles irréguliers. En présence de ces phénomènes on enlève le pansement, cinquante-cinq heures après l'opération. On trouve le sinus thrombosé sur toute la portion dénudée. Le lendemain le malade est opéré par la ligature de la jugulaire et le nettoyage du sinus qui contient un volumineux caillot très friable. Cette intervention ne se caractérise par aucun incident, immédiatement après, les douleurs cessent et la guérison a lieu rapidement.

« A propos de cette observation, l'auteur fait remarquer que la dénudation du sinus est de bonne pratique après son ouverture accidentelle. Les incertitudes sont évitées et la ligne de conduite nettement tracée. En l'espèce, cette dénudation a donné lieu aux constatations suivantes : 1° le caillot s'est formé en moins de quarante-huit heures, ce qui permet d'affirmer que la thrombophlébite est une affection soudaine; 2° Le sinus thrombosé acquiert une sensibilité inouïe qui s'éveille au moindre attouchement; 3° La présence du thrombus ne s'accompagne d'aucune symptomatologie caractéristique. On a observé des crises de céphalée très violentes avec maximum très localisé au milieu de la face supérieure du pariétal du côté malade, et une grande prostration se dissipant avec la douleur. La température la plus élevée a été de 38°3. Pas de frissons ni de grandes oscillations thermiques.

« Si on considère, en outre, que les suites opératoires ont été des plus simples, on peut conclure qu'on est autorisé à pratiquer une opération sur le sinus sur de simples signes de présomption, sans attendre le grand frisson qui est l'indice de la pyémie confirmée. »

M. Molinié, je tiens à le dire, n'a pas ouvert le sinus en trépanant, d'un coup de gouge maladroit. C'est au moment du curettage final que l'instrument a pénétré dans le sinus mis à nu sous un petit amas de fongosités. La destruction osseuse avait été très rapide, car il s'agissait d'un cas aigu, opéré un mois après le début. Mais il faut remarquer que l'infection auriculaire était consécutive à un érysipèle de la face, guéri depuis quelques jours seulement et avait eu une marche immédiatement grave.

Le seul point sur lequel je chicanerai un peu M. Molinié est l'idée qu'il a eue de dénuder, de parti pris, largement le sinus, sitôt après la perforation accidentelle, pour être plus à même d'agir vite s'il y avait infection. Son malade ayant guéri, je suis mal venu à émettre une critique, mais je me demande si la dénudation large du sinus dans cette cavité particulièrement septique,

n'a pas été pour quelque chose, dans la thrombose rapide — je ne dirai pas soudaine — et je ne donnerai pas sur ce point le même conseil que M. Molinié.

Cette critique ne retire rien à l'intérêt d'un fait qui nous montre, une fois de plus, que nous sommes aujourd'hui bien armés contre la thrombose auriculaire du sinus, et je vous propose d'adresser nos remerciements à l'auteur.

Sur deux observations de MM. KALLIONZIS et TSAKONA (d'Athènes), *A propos de la tolérance de l'œsophage et de l'estomac pour les corps étrangers.*

Rapport de M. TUFFIER.

Nous avons reçu deux observations, l'une de M. le Dr Kallionzis professeur de médecine opératoire à Athènes ayant pour titre, tolérance de l'œsophage aux corps étrangers, l'autre de M. Tsakona agrégé de la même université et intitulée, séjour prolongé d'une fourchette dans l'estomac, j'ai cru devoir réunir les deux rapports que vous m'aviez confiés à propos de ces observations. Elles ont un lien commun qui en fait tout l'intérêt; c'est la tolérance remarquable du conduit œsophago-gastrique pour les corps étrangers. Si le fait est très connu pour l'estomac, il est relativement plus rare pour l'œsophage, et mon collègue M. Lejars vous a rapporté ici même (nov, 190) l'histoire d'un enfant de trois ans auquel MM. Sebileau et Lombard avaient extrait de l'œsophage, un sou qui y séjournait depuis vingt-quatre jours, l'œsophagotomie externe avait été nécessaire, et au niveau des corps étrangers la paroi du canal était amincie, prête à se rompre.

M. Kallionzis nous rapporte l'histoire d'un enfant de six ans qui avait, au dire de ses parents, avalé un sou juste six mois auparavant. Les médecins consultés avaient pensé que le corps étranger descendrait dans l'estomac et aucune tentative d'extraction n'avait été faite. L'enfant souffrait toujours et accusait une douleur fixe dans la région dorsale, il ne pouvait se nourrir que de lait et de bouillie, ce qui joint à son amaigrissement progressif conduisait la famille du petit malade à réclamer une intervention à la clinique chirurgicale d'Athènes. Le 25 novembre M. Kallionzis faisait radiographer la région thoracique, le sou était verticalement placé « un peu au dessus du milieu de l'œsophage ». Un panier de Græfe est introduit, le sou est accroché et après une traction un peu forte, il est extrait, le malade guérit sans incident. Tout cela est surtout intéressant parce qu'il prouve une fois de plus, que chez un enfant, même après un séjour pro-

longé, un corps étranger peut être extrait par les voies naturelles.

M. Tsakona a opéré à l'hôpital Evangelismas une jeune fille de dix-sept ans dont voici l'histoire. Quatre mois avant son entrée à l'hôpital elle avala dans un but de suicide, une fourchette; l'ingestion eut lieu le manche en avant. Pendant les premiers jours, les douleurs furent très vives dans la région épigastrique et dans tout le ventre, les vomissements furent incessants, puis ces accidents s'amendèrent et seule l'ingestion des aliments resta douloureux. A son arrivée, notre collègue sentit le corps étranger au creux épigastrique, cette sensation était particulièrement nette « quand la malade était debout, le tronc incliné en avant ». La fourchette était horizontalement placée. Après un lavage de l'estomac, chloroformisation, laparotomie médiane de 8 centimètres, incision de l'estomac obliquement et parallèlement aux dents de la fourchette qui se présentaient en avant, le manche étant du côté du pylore, extraction par les dents, après dégagement un peu difficile. Suture de la muqueuse stomacale au catgut, et du reste de la paroi au fil de soie. La longueur de la fourchette était de 19 centimètres, suites opératoires sans incident.

Nous avons lorsque je vous ai présenté mon rapport de novembre 1901, exposé et cité des faits de ce geure, mon collègue Rochard a ajouté des exemples intéressants à ceux que nous connaissions. Je ne crois pas devoir reprendre cette question à nouveau et je me contente d'enregistrer les deux faits qui nous ont été envoyés. Je vous propose donc d'adresser nos remerciements aux auteurs, et je vous demande de vous souvenir de la présentation de M. Kallionzis, lors de nos élections de novembre au titre de correspondant étranger.

Luxation complète du coude en dehors. Résection, par M. Launay.

Rapport par M. LEJARS.

Je n'ai pas l'intention de reprendre la question des résections orthopédiques applicables aux luxations anciennes, irréduites; à plusieurs reprises, elle a été discutée ici, et vous vous souvenez qu'en 1900, à la suite d'une présentation de M. Ricard, MM. Nélaton et Delbet exposèrent les mérites respectifs de l'arthrotomie et de la résection, et conclurent de leur expérience que, dans un certain nombre de cas, tout au moins, la mobilisation précoce de la jointure non réduite valait mieux, fonctionnellement, que toute intervention. Il s'agissait de l'épaule. Or, l'étude demande à être faite à part pour chacune des grandes articulations : la diversité

de leurs aptitudes réparatrices, si je puis dire, et aussi de leurs exigences fonctionnelles, est de nature à différentier les indications et le mode opératoire.

C'est le coude que nous aurons en vue dans ce rapport, dont l'objet est une observation de notre collègue des hôpitaux,



Fig. 1 — Luxation complète du coude en dehors.
Radiographie. (Launay.)

M. Launay, intitulée : *Luxation du coude, complète, en dehors, résection totale au bout de deux mois et demi.*

Le malade de M. Launay est un homme de soixante-six ans, âge peu propice aux interventions réparatrices articulaires ; il était tombé, le 29 octobre 1901, et la partie interne du coude gauche avait porté violemment sur une pierre. Constatée immédiatement, réduite même, la luxation se serait reproduite. Tou-

jours est-il que, lorsque l'homme fut envoyé à M. Launay, le 13 janvier 1902, notre collègue reconnut tout de suite une luxation complète en dehors, « la cavité sigmoïde cubitale est au contact de l'épicondyle; l'épitrochlée fait en dedans, sous les téguments, une saillie très prononcée, la peau à ce niveau est tendue, rouge, adhérente à l'os. L'avant-bras est en demi-flexion et pronation et forme avec le bras un angle obtus ouvert en dehors. On sent facilement à travers les parties molles non œdématiées les deux os de l'avant-bras; le radius est resté au contact du cubitus et la tête radiale tourne facilement sur elle-même. »

La radiographie ci-dessus (fig. 1) confirma, du reste, entièrement, les résultats de l'examen; elle démontra, de plus, qu'il n'y avait aucune trace de fracture.

Je tiens à m'arrêter ici : la luxation complète du coude en dehors est assez rare pour que le fait ait par lui-même un réel intérêt. J'ai observé deux luxations de ce genre, complètes et sans fracture, toutes les deux, chez de jeunes sujets; il s'agissait d'accidents récents, et la réduction eut lieu sans difficulté, par le procédé ordinaire de la traction progressive en flexion, combinée à la propulsion. Cette réduction aisée — au début — est, d'ailleurs, connue. Elle a été attribuée, avec beaucoup de vraisemblance, à l'étendue des déchirures ligamenteuses qui accompagnent d'ordinaire pareille dislocation.

Mais la situation était tout autre dans le cas de M. Launay, la luxation irréduite datait de deux mois et demi : « Les mouvements de flexion et d'extension étaient limités à une faible étendue; en outre, lorsque le malade voulait fléchir l'avant-bras, il se produisait des mouvements de balancement qui rendaient impossible tout mouvement un peu précis. »

En somme, c'était l'impotence. Il fallait intervenir. M. Launay fit la résection.

Ici, je dois formuler quelque regret : la description opératoire qui nous est donnée est vraiment trop concise. « Je pratique, écrit notre collègue, la résection du coude par incision médiane postérieure, je supprime d'abord l'extrémité supérieure des deux os de l'avant-bras mis à nu, puis l'extrémité inférieure de l'humérus, dont le dégagement au niveau de l'épitrochlée est rendu un peu pénible par les adhérences. Sutures du tendon tricipital et de la peau sans drainage »; pas d'appareil.

Où était le nerf cubital? Quelle longueur a-t-on excisée de l'humérus et des os de l'avant-bras? Questions de détail, mais fort intéressantes, et sur lesquelles nous aurions voulu être fixés.

Au sixième jour, on commençait la mobilisation. La réunion se fit sans incident, et, au dix-huitième jour, écrit M. Launay,

« l'opéré porte facilement la main à sa bouche et fait l'extension presque complète, mais la force musculaire est très faible. »

Les nouvelles plus tardives ne parurent confirmer qu'en partie ces promesses ; dans le courant de mars, le malade se plaint toujours que son coude ait « de la tendance à se renverser en dedans » ; il parle aussi d'une difficulté à fermer les doigts et d'un œdème de la main. D'ailleurs, un long temps est toujours nécessaire pour apprécier les résultats fonctionnels, exacts et définitifs, de ces résections orthopédiques, et, comme nous le disions en commençant, l'âge de l'opéré n'était pas, ici, une condition favorable.

Toujours est-il que M. Launay a pratiqué d'emblée la résection — qu'il l'a faite large, — qu'il n'a pas immobilisé — qu'il a commencé tôt les mouvements. Tout cela nous paraît fort louable et faire honneur à son sens chirurgical.

Au coude, en effet, — comme à l'épaule, et plus encore peut-être, — *l'arthrotomie simple ou la réduction à ciel ouvert* n'est applicable qu'à un nombre restreint de cas, et de cas tout récents. Je l'ai faite, trois fois, dans ces circonstances : une fois, pour une luxation postéro-externe, datant de trois semaines. Deux fois, pour des luxations en arrière, datant de quarante-sept jours et de deux jours; et je n'ai obtenu, même pour la luxation la plus récente, que des résultats fonctionnels juste suffisants. Il est rare, d'ailleurs, que ces arthrotomies primitives soient des arthrotomies simples, et l'irréductibilité est souvent due à la combinaison de fractures des extrémités articulaires : chez l'un de mes opérés (au deuxième jour) je trouvai et j'enlevai une esquille détachée du bord antérieur de la cupule radiale, et une autre du bec de l'apophyse coronnoïde, qui, toutes deux, formaient cale et entravaient la réduction ; chez un autre luxé, il y avait une fracture verticale de l'épicondyle, et une fracture partielle de l'olécrane, et, cette fois encore, je ne pus réduire qu'après avoir, non seulement extrait les fragments détachés, mais réséqué la tête du radius et une grande partie de l'extrémité humérale.

Pour en revenir aux luxations du coude en dehors, les arrachements de l'épitrochlée, combinés à l'interposition de l'apophyse déracinée entre les surfaces articulaires, représentent une cause bien connue d'irréductibilité primitive, qui prête à une intervention simple et efficace.

Dès que la luxation — ne fût-elle pas compliquée de fracture — date d'un certain nombre de semaines, et surtout chez les sujets déjà âgés, la « reposition » à ciel ouvert — de même que les réductions qui ont été parfois obtenues par des manœuvres de

force plus ou moins complexes — n'aboutit qu'à des conséquences fonctionnelles mauvaises (1) — sans insister même sur les difficultés qu'elle présente, et sur les délabrements articulaires qu'elle peut entraîner.

Or, on ne peut songer, au coude, en général, à prendre le parti de la résignation sage, qui est parfois le meilleur à la suite des luxations anciennes de l'épaule ; l'impotence est, d'ordinaire, beaucoup plus grande et plus nocive, et, si la demi-ankylose à angle droit ou à peu près se rencontre et s'accommode tant bien que mal avec un certain fonctionnement, la plupart du temps le coude est fixé à angle obtus, parfois dans la rectitude, il est douloureux, gênant et sa valeur fonctionnelle des plus réduites.

Force est donc d'intervenir, et la *résection d'emblée* est l'intervention de choix. Je me permettrai de vous rappeler qu'en 1893 je vous présentai un malade auquel j'avais réséqué le coude pour une luxation ancienne, irréduite, en rectitude; le rapport que voulut bien faire, sur ce cas, M. le professeur Tillaux fut suivi d'une discussion, au cours de laquelle la plupart des orateurs conclurent à la nécessité de la résection d'emblée. En 1894, je vous présentai un second opéré, un homme de cinquante-neuf ans, celui-là, atteint d'une luxation latérale externe incomplète : chez lui encore, la résection avait donné des résultats fonctionnels relativement satisfaisants, étant donné l'âge et l'ancienneté du traumatisme.

Non seulement il faut réséquer, mais il faut le faire très largement, et l'opinion soutenue par M. Championnière se reconnaît à l'expérience pour la seule vraie. Je me suis laissé prendre, moi aussi, dans les débuts, au mirage des résections modelantes, et j'ai appris à mes dépens, — ou à ceux de mes premiers opérés — que ces besognes minutieuses d'excision trochléiforme, etc., donnent un séduisant résultat immédiat, et de mauvais résultats définitifs, et que le fait est plus exact encore après les vieilles luxations, où tous les tissus péri-articulaires sont le

(1) Tel n'est pas, semble-t-il, l'opinion courante des chirurgiens allemands, comme en font foi les travaux émanés, en particulier, des cliniques de Nicoladoni et de Maydl.

Dans un mémoire de M. F. Honzak, nous trouvons 28 luxations anciennes du coude « opérées » (24 luxations en arrière, 3 en dehors, 1 luxation du radius en arrière); or, M. Maydl pratiqua 26 fois l'arthrotomie, 9 fois par le procédé de Trendelenburg (résection temporaire de l'olécrane), 17 fois par celui de Hueter (double incision latérale), et la résection n'est indiquée, d'après l'auteur, que dans les cas suivants : destruction étendue des surfaces articulaires — ankylose osseuse — ossification considérable de la capsule — non-consolidation de l'apophyse coronoïde arrachée (F. Honzak : Du choix de la méthode opératoire dans les luxations anciennes du coude, *Sbornik Klinicky*, t. II, 4, 1901.

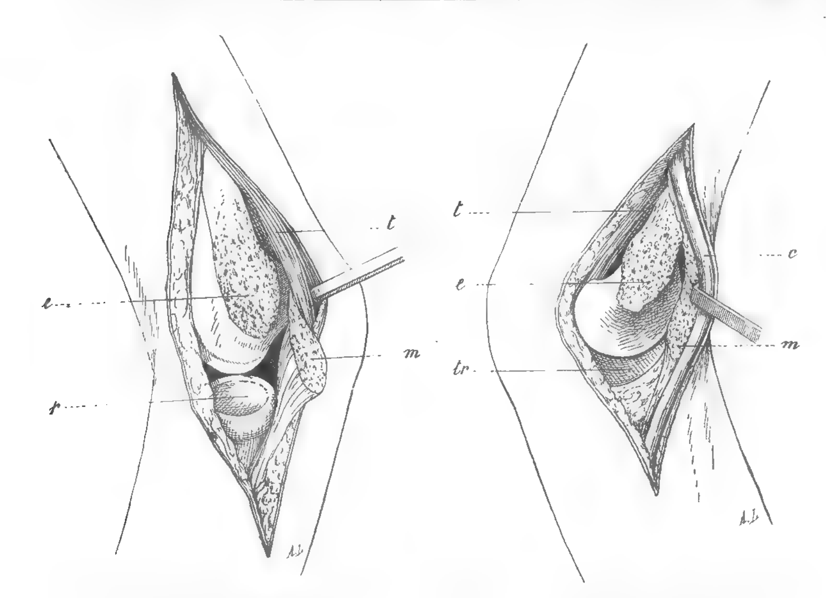


FIG. 2. — Résection du coude par le procédé des deux incisions latérales. Incision latérale externe.

e, épicondyle ; *m*, muscles épicondyliens détachés ; *r*, cupule radiale ; *t*, triceps.

FIG. 3. — Résection du coude par le procédé des deux incisions latérales. Incision latérale interne.

c, nerf cubital ; *e*, epitrochlée ; *m*, muscles épitrochléens ; *t*, triceps ; *tr*, trochlée.

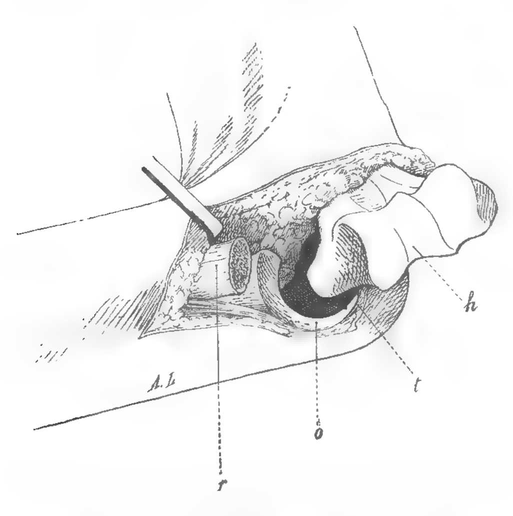


FIG. 4. — Résection du coude par le procédé des deux incisions latérales. L'extrémité humérale luxée par l'incision externe.

h, extrémité humérale ; *o*, cavité sigmoïde ; *r*, radius, dont la tête est excisée ; *t*, insertion du triceps.

siège d'un processus de sclérose et même d'ossification, tenace et récidivant.

Je crois donc que la résection totale est la meilleure méthode. Je pense toutefois qu'après avoir laissé à la néarthrose tout le jeu possible et tout en la mobilisant très vite (8e-10e jour), il faut encore lui assurer une solidité suffisante, en réservant le tendon du triceps.

Le triceps est l'élément capital du fonctionnement de la jointure; non seulement il réalise le mouvement actif d'extension, mais, par sa tonicité antagoniste, il régularise la flexion. Or, que voit-on souvent chez les réséqués du coude? Ils étendent passablement le bras, ils le fléchissent, mais, à un certain niveau, l'avant-bras tombe latéralement et perd sa force.

On ne saurait oublier que la flexion active suppose un point d'appui, que ce point d'appui n'est plus constitué par les rebords osseux articulaires ni les solides appareils ligamenteux latéraux, mais qu'un bon triceps, largement inséré, y supplée. Et cela se vérifie encore après certaines fractures non consolidées de l'olécrane; la radiographie que voici est celle d'un coude qui a subi, il y a plus de deux mois, un traumatisme considérable; l'olécrane a été brisé en plusieurs fragments réunis seulement aujourd'hui par du tissu fibreux; ce coude, je l'ai mobilisé sous le chloroforme, et il a repris, grâce au massage, la presque intégrité de son fonctionnement : seule, la flexion reste gênée au delà d'un certain angle, l'avant-bras, mal soutenu par un triceps mal inséré, ayant toujours tendance à tomber latéralement.

C'est pour cela que toutes les méthodes qui coupent le triceps en travers, ou qui, le coupant en long, ne lui laissent pas, par une décortication minutieuse, une large nappe d'insertion, postéro-bilatérale, sont exposées à donner beaucoup de mobilité, mais peu de solidité, et par suite une fonction défectueuse. Pour moi, le procédé des deux incisions latérales me semble, sous ce rapport, très recommandable (1) (fig. 2, 3, 4).

Il n'est pas nouveau; il a été préconisé et longuement décrit par Ollier; il porte en Allemagne le nom de Hueter. Il donne un jour largement suffisant, si l'on fait assez longues les incisions latérales; il conduit tout de suite, en dedans, au nerf cubital; il ouvre aussi une double voie directe sur le foyer de la luxation, et M. Launay ne disait-il pas, tout à l'heure, que par son incision médiane postérieure, il eut quelque peine à décortiquer

(1) Je l'ai utilisé maintes fois et pour les résections orthopédiques et pour les résections pathologiques, et un certain nombre de mes observations ont été publiées par M. le Dr Albert Cange, dans sa thèse (Contribution à l'étude de la résection du coude, *Thèse* de Lyon, 1895).

l'épitrochlée? Enfin il permet une excision des extrémités articulaires aussi étendue qu'on croit devoir la faire et même l'évidement partiel, d'avant en arrière, de l'olécrane, tout en laissant au tendon tricipital l'intégrité de ses insertions osseuses.

M. Poirier. — Il y a, me semble-t-il, contradiction entre les deux termes de la formule opératoire, à laquelle notre collègue Lejars se rattache avec la majorité d'entre nous : *a*) résection étendue des extrémités osseuses; *b*) conservation des insertions du triceps. Le seul moyen de ménager efficacement l'insertion tricipitale c'est de ne point toucher à l'olécrane.

M. Lucas-Championnière. — Je ne crois pas qu'il y ait lieu de beaucoup revenir sur l'opportunité des résections opposées aux tentatives de réduction opératoire dans les luxations anciennes du coude. J'avoue que les observations étrangères ne m'ont pas beaucoup convaincu parce que, je me rends trop bien compte des difficultés inhérentes aux opérations de cet ordre et, surtout de leurs suites.

En ce qui concerne l'exécution de la résection du coude je n'ai pas trouvé qu'elle présentait tant de difficultés, à la condition toutefois de faire la résection par l'incision médiane unique en fendant le triceps longitudinalement.

Cette incision permet seule le grand jour dont on a parfois absolument besoin.

Elle permet de s'éloigner beaucoup du nerf cubital qui serait ici beaucoup plus facile à blesser que lors des résections pour tumeur blanche.

Comme l'a très bien dit M. Lejars, beaucoup de ces luxations irréductibles sont compliquées de fractures et c'est encore une raison pour que les coudes soient déformés à l'excès.

On ne peut guère comparer la conduite que l'on tient vis-à-vis d'une luxation ancienne de l'épaule et vis-à-vis d'une luxation ancienne du coude.

Le sujet atteint d'une luxation ancienne de l'épaule, bien mobilisé peut acquérir un ensemble de mouvements utiles s'ils ne sont tout à faits suffisants.

Le luxé du coude gagne peu, sa position en extension est tout à fait défectueuse. Il souffre souvent.

De la sorte ce que l'on a appelé le traitement par résignation pour l'épaule serait facile. Il n'en serait pas de même au coude.

Ajoutez que le retour aux fonctions d'une épaule réséquée est bien autrement difficile que le retour aux fonctions pour le coude, on concevra que les déterminations chirurgicales diffèrent singulièrement.

Je ne comprends pas bien ce que nos collègues entendent par les inconvénients de la désinsertion du triceps dans l'incision médiane unique. Je crois que si l'incision est bien médiane et si on respecte bien la continuité des fibres qui s'insèrent sur le périoste et sur l'aponévrose on conserve un triceps absolument puissant.

Je vois pour ma part quelques inconvénients théoriques à la conservation du crochet olécranien et je n'ai pas vu qu'en pratique elle ait donné de bien bons résultats.

J'espère pouvoir prochainement vous amener des sujets opérés pour d'autres lésions ou même pour luxation du coude, avec coude réséqué puissant et chez lesquels vous pourrez constater une action très puissante du triceps après une opération médiane la seule que j'aie adoptée définitivement.

M. Quénu. — Aux raisons qne M. Championnière donne en faveur de l'incision médiane, j'en ajouterai une importante à mon avis, c'est qu'elle permet l'interposition musculaire dans tous les cas où le chirurgien veut la tenter.

M. Nélaton. — Je me rallie très volontiers, au point de vue technique, aux incisions latérales d'Ollier; mais au lieu de ne prendre que cette partie de son procédé, comme le veut M. Lejars, je l'adopterais tout entier. Vous savez que M. Ollier, après une longue expérience, faisait par ces incisions latérales la résection semi-articulaire, c'est-à-dire qu'il gardait l'olécrane et le triceps intacts, et réséquait l'humérus dans l'étendue nécessaire. J'ai suivi sa pratique : c'est celle qui m'a donné les meilleurs résultats. J'accorde donc à la conservation du crochet cubital dans cette résection une importance capitale.

Présentations de malades.

Incisions esthétiques.

M. Morestin présente deux malades (*incisions esthétiques*). — M. Demoulin, rapporteur.

Le secrétaire annuel,
Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 11 MARS 1903

Présidence de M. KIRMISSON.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. CHAPUT qui, retenu par le concours de l'internat, demande un congé de un mois.

3°. — Une lettre de M. DELORME qui, retenu, le mercredi, par ses fonctions de membre du Comité technique de santé, demande un congé de six mois.

4°. — Une lettre de M. HARTMANN qui, retenu à la Faculté tous les mercredis, demande un congé de six mois.

5°. — Une lettre de M. MICHAUX qui, retenu par la grippe, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

6°. — Une lettre de M. FAURE qui demande à être inscrit sur la liste des candidats à une place de membre titulaire de la Société de chirurgie.

7. — Une lettre de M. ARROU, qui demande à être inscrit sur la liste des candidats à une place de membre titulaire de la Société de chirurgie.

8°. — Un travail de M. le Dr VÉRON, intituté : *Kyste dermoïde de la région mastoïdienne droite, ablation, guérison.* Le travail de M. Véron est renvoyé à une Commission dont M. GUINARD est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos de la suture de la rotule pour fracture.

M. BAZY. — Le hasard m'a fait voir ces jours derniers un homme de cinquante-huit ans que je vais vous présenter et qui s'est cassé la rotule à l'âge de dix-sept ans.

Il est venu pour une contusion du genou qui a déterminé un épanchement dans ce qui lui tient lieu de synoviale, un épanchement, qui, comme vous le voyez, n'est séparé de l'extérieur que par la peau seulement.

Les deux fragments rotuliens sont, comme vous le voyez, séparés l'un de l'autre par un intervalle d'au moins 12 centimètres.

Le fragment supérieur est même si haut placé que tout d'abord on ne le trouve pas et qu'on est obligé d'aller le chercher.

Il est plus petit que l'inférieur, qui est beaucoup plus volumineux qu'une rotule normale; il est un peu irrégulier, puisqu'on sent une pointe en dehors.

Ces deux fragments ne sont, en avant, réunis par rien, puisqu'on touche très facilement le fémur à travers le léger épanchement que l'on constate et dont on voit les mouvements quand on tape sur cette région.

Or cet homme exerce la profession de charretier, il marche beaucoup, court; il a porté soit sur le plat, soit en montant, soit en descendant des escaliers d'une hauteur de deux étages, des sacs de 100 kilogrammes.

C'est à peine s'il boitait; ce n'est que quand il était fatigué qu'il traînait un peu la jambe.

Il s'est donc comporté comme s'il n'avait jamais eu de fracture de rotule.

C'est un exemple à ajouter à quelques autres individus marchant bien et restant vigoureux, malgré un écartement considérable des fragments.

Et cependant, à première vue, quand on voit que rien, en apparence, ne rattache les fragments l'un à l'autre, on se demande comment cela a pu se faire.

Si l'on examine bien, et si l'on veut savoir comment le triceps crural agit sur la jambe, on doit faire étendre celle-ci en faisant soulever le talon. On sent alors du côté externe, et du côté externe seulement, une bandelette : c'est cette bandelette qui transmettait à la jambe les contractions de l'extenseur.

Cette bandelette est bien petite et paraît bien faible : elle a suffi. Mais, à mon avis, la principale raison pour laquelle cet homme a pu se servir ainsi de sa jambe, c'est que l'accident lui est arrivé jeune, et il a pu ainsi accommoder le genou à cette insertion défectueuse du triceps.

Si l'accident lui était arrivé à un âge plus avancé, il fût probablement resté infirme.

De ce que cet homme, avec une absence complète de cal, a pu ainsi se comporter, il ne s'ensuit pas qu'il faille le donner en

exemple et en conclure que le meilleur traitement des fractures de la rotule, c'est l'expectation ou l'abstention.

Il faut les traiter.

Il n'est toutefois pas entré dans la pensée de nos collègues de confondre, au point de vue de la suture, toutes les fractures de la rotule, et de ne point séparer les *fractures de cause directe* des fractures *de cause indirecte.*

Les premières, au point de vue de la contention des fragments, doivent être séparées des fractures indirectes, où l'écartement est la règle; tandis que, dans les fractures par choc direct, l'écartement est nul, et il n'existe pas en général de déviation, de renversement des fragments, d'interposition de lambeaux fibreux entre les surfaces osseuses fracturées.

Les dernières peuvent être traitées par l'expectation, ou l'application simple d'appareils inamovibles; les autres, au contraire, peuvent exiger que l'on rétablisse la continuité entre le tendon rotulien et le muscle triceps, c'est-à-dire qu'on rapproche les deux fragments rotuliens.

J'ai traité un certain nombre de fractures de rotule par la suture osseuse : la difficulté de bien placer les fils d'argent, l'éclatement des fragments sous le perforateur font que j'ai abandonné ce mode de rapprochement des fragments, et j'ai eu recours soit au cerclage avec suture des tissus fibreux voisins, opération qui me paraît très simple, très facile et applicable aux fractures à fragments multiples, soit à la suture simple des ailerons rotuliens et des tissus fibro-périostiques qui recouvrent la rotule.

Or, ce dernier mode m'a donné de bons résultats. Je n'ai pas pu suivre ni revoir tous mes opérés, mais, l'an dernier, j'ai eu l'occasion d'en revoir un à qui j'avais fait une suture simple des tissus fibreux au catgut.

Le résultat était si parfait que j'ai cru tout d'abord que j'avais fait un cerclage au fil d'argent; or, en consultant le registre d'opérations et en faisant faire une radiographie, j'ai vu que j'avais fait une suture simple des tissus fibreux au catgut, et la radiographie m'a fait voir qu'il n'y avait pas de fil d'argent.

Ce résultat était si bon que, quelques jours après, je recevais dans mon service une malade de cinquante ans à qui j'avais fait le 19 février 1900 un cerclage pour une fracture de la rotule droite.

Le résultat avait été lui aussi parfait, si bon, que la malade, qui était allée, depuis son opération, habiter le département de l'Aisne, s'étant tout dernièrement cassé la rotule du côté opposé, c'est-à-dire la rotule gauche, s'était fait immédiatement conduire au chemin de fer et avait pris le train pour entrer dans mon service.

L'écartement était de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres ; je lui ai fait sur ce genou une suture au catgut qui a permis le rapprochement parfait des deux fragments, et la malade a quitté le service un mois et demi après son entrée, marchant bien, avec le genou un peu raide, mais en train de se mobiliser.

La conclusion, c'est que je suis de plus en plus disposé à abandonner le cerclage pour la suture au catgut des tissus fibro-périostiques qui me paraît devoir donner d'aussi bons résultats que le cerclage au fil d'argent. Ce qui me paraît important dans ce traitement sanglant des fractures de la rotule, c'est assurément le rapprochement et la coaptation des fragments, mais c'est surtout le nettoyage de l'articulation, l'évacuation du sang qu'elle contient.

Ne sommes-nous pas tous d'accord pour conseiller, dans le cas d'hémarthrose, la ponction de l'articulation et l'évacuation du sang qu'elle contient? Ne savons-nous pas que nous abrégeons ainsi de beaucoup la durée du traitement et que nous prévenons les raideurs articulaires?

Pourquoi ne pas nous comporter de même avec les épanchements articulaires consécutifs aux fractures de rotule? Seulement ici, comme nous savons que les tissus fibreux peuvent, en s'interposant entre les fragments, empêcher leur coalescence, comme les fragments peuvent être renversés et l'un d'eux offrir sa surface cartilagineuse à la surface de section de l'os de l'autre, nous devons, à l'évacuation de l'articulation, ajouter la coaptation des fragments.

M. Berger recommande, afin d'empêcher la contamination possible de l'articulation, d'éviter le contact des doigts avec la cavité articulaire pour nettoyer la synoviale. C'est facile, car le meilleur moyen de faire ce nettoyage, c'est non le doigt, mais une compresse aseptique montée sur une pince.

De cette façon, on concilie les indications de l'intervention avec les nécessités de l'asepsie.

Je n'ai eu en vue ici que les fractures récentes de la rotule, quoique les considérations exposées par notre ami Quénu puissent s'appliquer aux fractures anciennes. Ici, à mon avis, les indications sont tout autres, mais je n'y insiste pas.

M. Moty. — Je ne veux dire qu'un mot, c'est que quand l'état de la rotule le permet, je place trois gros fils verticaux et que j'obtiens ainsi une réunion dont la résistance égale six fils; je traverse les fragments rotuliens avec une drille fine du calibre de mon fil, et en plaçant les trous avec soin je n'ai jamais de peine à passer les fils; j'ajoute également la suture périostique au catgut.

M. Quénu. — Je n'ai pas eu la prétention d'aborder l'étude complète du traitement des fractures de la rotule. Décrivant une technique nouvelle, je devais seulement démontrer que outre ses avantages spéciaux, elle satisfait aux nécessités d'une bonne contention et d'une bonne réparation. Je suis loin de regretter que mes collègues aient à ce propos exprimé leur sentiment sur les conditions générales de la thérapeutique des fractures de la rotule, et je demande seulement à y ajouter le mien.

J'ai dit, après Lister, M. Lucas-Championnière et d'autres, que le traitement de choix des fractures de la rotule est le rapprochement direct des fragments après arthrotomie. Je ne ferai d'exception que pour les cas ou l'écartement est *presque nul* : alors, l'articulation réclame des soins et non la fracture qu'on peut laisser livrée à elle-même.

Dans la séance du 10 avril 1895, je vous ai montré un malade rentrant dans cette catégorie, traité par le massage et en possession de tous les mouvements d'extension comme des autres. Ce sont là des cas exceptionnels, je n'en ai rencontré qu'un dans ma pratique, et ils n'infirment en rien la règle énoncée plus haut.

Dira-t-on que certains états généraux s'opposent à une intervention de cette importance? c'est de toute évidence : il est des malades auxquels nous hésiterions à pratiquer la moindre opération et, à plus forte raison, une ouverture de l'articulation du genou. J'aurais désiré cependant que M. Berger nous donnât quelques éclaircissements sur les contre-indications tirées de l'âge, de la profession et de l'état du membre; à quel âge cesse-t-on d'être suturable? Les fractures rotuliennes sont très rares après soixante-dix ans; il n'y a donc pas à en tenir compte : nous ne posons pas de règles pour les exceptions; faut-il donc s'abstenir entre soixante et soixante-dix ans ou entre soixante-cinq et soixante-dix? j'ai fait la suture chez un homme âgé de soixante-et-un ans, et je n'ai pas hésité davantage à opérer un malade de soixante-trois ans qui a fait le sujet de ma communication. M. Lejars a opéré un homme de soixante et un ans, M. Lucas-Championnière un homme de soixante ans. Un sujet de cet âge a tout autant besoin, au point de vue, sinon de l'exercice d'une profession, au moins de la conservation de son activité physique et par conséquent de sa santé, de garder l'usage intégral de ses mouvements. Je ne verrais qu'une seule raison à l'encontre, si vous me démontriez qu'à un certain âge le cal osseux manque. Il n'a manqué dans aucun des quatre exemples précédents.

Un mauvais état général, tel que nous ne puissions nous déclarer maîtres des suites opératoires, l'absence de tout écartement, voilà, à mon sens, les seules véritables contre-indications au traitement

opératoire de la rotule; il peut y avoir des contre-indications temporaires, par exemple une poussée de congestion pulmonaire interdisant l'anesthésie générale, ou encore une attaque de delirium tremens chez le blessé; je choisis ce dernier exemple parce que j'ai eu à soigner, à Cochin, il y a quelques années, un fracturé de la rotule qui, le surlendemain de son entrée à l'hôpital, fut pris d'une crise violente d'alcoolisme aigu; je laissai passer l'orage et retardai l'opération d'une dizaine de jours; je ne suis donc pas de l'avis de M. Berger quand il dit que, dans les cas douteux et *même dans d'autres*, nous devons « revenir au traitement par les appareils », et encore moins quand il ajoute que ces moyens, à tort démodés, fournissent, « quoique avec plus de peine et de temps, des résultats presqu'aussi bons que ceux que nous donne l'opération. »

M. Berger nous cite l'exemple d'un malade qu'il a traité par l'application de bandes de diachylon; il a obtenu un cal fibreux de un demi-centimètre; au bout de soixante-dix jours le genou se fléchit de 50 degrés tout au plus, mais, dit M. Berger, je n'en suis pas autrement inquiet, dans trois mois le blessé aura récupéré l'angle droit et dans six la flexion intégrale. Soit. Mais croyez-vous que ce ne sera pas aux dépens de votre cal fibreux et que vous pourrez tirer sur les deux fragments rotuliens sans allonger la bandelette qui les sépare? Recommander aux élèves de ne pas faire de suture rotulienne, parce que c'est une opération difficile, grave, engageant leur responsabilité, c'est parfait, mais notre rôle ici est tout autre, c'est de dire ce qui nous paraît être le bien et le mieux. Or, M. Berger en convient lui-même, après toutes ses restrictions « entre les mains exercées, la suture et le cerclage de la rotule demeurent le meilleur traitement des fractures de la rotule, si le sujet ne présente pas de contre-indication à leur application ».

Mais là où je deviens de l'avis de M. Berger, c'est lorsqu'il déclare que la suture et le cerclage appartiennent à la grande chirurgie et que pareille opération engage fort notre responsabilité. J'estime qu'une arthrotomie d'un genou traumatisé est une opération beaucoup plus grave qu'une laparotomie, et voici pour moi quelles en sont les raisons.

D'abord une synoviale articulaire se défend beaucoup moins bien contre l'infection que les grandes et vraies séreuses; de plus cette synoviale est déjà dans un état pathologique quand nous ouvrons l'articulation; elle est tuméfiée, œdématiée et d'une teinte rosée indiquant une hypervascularisation.

Mais la principale raison réside dans la difficulté de nettoyer la peau du genou. Cette peau est épaisse, ridée, souvent couverte

d'épaississements épidermiques professionnels ou non, exposée aux frottements du pantalon, souvent aussi inoculée et boutonneuse; on pourrait presque dire que le pronostic opératoire est dans une certaine mesure lié à l'état social du blessé.

Aussi je ne puis qu'approuver les conseils de M. Championnière d'attendre quelques jours avant d'opérer.

M. Championnière invoque d'excellentes raisons, la coexistence possible de lésions graves ailleurs qu'au genou, la facilité plus grande d'inoculation septique dans les deux premiers jours. J'ajoute à ces raisons une raison qui me paraît plus importante encore, c'est la possibilité de nettoyer la peau du genou. Aussi n'hésitai-je pas à différer l'opération, non pas de deux ou trois jours, mais de quatre et, au besoin, de cinq à six jours. Nous sommes privés de la ressource des bains, nous devons appliquer les compresses humides en permanence, de manière à ramollir les squames superficielles et exécuter chaque jour une séance de nettoyage à l'alcool et à l'éther; je recommande spécialement le brossage avec l'eau chaude additionnée d'un peu de lessive de soude.

L'existence de phlyctènes ou de boutons d'acné au voisinage de la rotule me paraît créer une contre-indication à l'arthrotomie, elle indique, en effet, un état septique du derme que ne modifierait qu'imparfaitement l'application de quelques pointes de thermocautère. Une asepsie relative, mais suffisante de la région opératoire étant ainsi obtenue, ce n'est plus qu'une question d'asepsie manuelle. J'ai pratiqué, tant en ville qu'à l'hôpital, plus de quinze opérations, j'ai eu une seule fois des accidents; c'était en 1892, j'avais eu le tort d'opérer le malade chez lui, dans un milieu insuffisamment sûr, mais surtout j'avais eu le tort, la veille, de pratiquer une opération septique : ce fut l'origine de ma conversion aux idées que je professe aujourd'hui; mon opéré demeura apyrétique jusqu'au septième jour, puis il fit de la suppuration autour de ses crins de Florence cutanés. J'eus toutes les peines du monde à préserver l'articulation de la suppuration et mon opéré garda une raideur incomplète, mais très notable, de son genou. Un accident pareil sur quinze opérations, ce serait déjà beaucoup trop, si la cause en était restée obscure et si nous n'avions pas aujourd'hui l'absolue possibilité de l'éviter. J'ai la conviction que les désastres dont a parlé M. Berger peuvent être écartés et que le martyrologe des opérations articulaires doit avoir liste close si l'on a pour objectif principal de réaliser complètement l'asepsie de la peau du malade et si l'on est sûr de la sienne propre; il est possible de réduire pour ainsi dire à zéro les mauvaises chances, en se faisant aider par un aide ganté et en n'opérant soi-même non ganté que

si on a pu, depuis plusieurs jours, préserver ses mains de toute souillure.

J'appuie de toutes mes forces M. Berger quand il recommande d'éviter les manœuvres intra-articulaires et surtout de n'introduire le doigt dans l'articulation du genou qu'entouré d'une compresse stérilisée. Il est encore bien plus simple d'opérer ce nettoyage avec les compresses stérilisées portées dans l'articulation à l'aide de pinces à forcipressure, d'autant plus facilement que l'articulation est plus largement ouverte.

Convient-il d'ajouter à ces précautions le lavage de l'articulation par un antiseptique, comme nous en adjure M. Championnière? Je ne le crois pas.

M. Championnière nous dit textuellement : « Personne n'a le droit de faire sur un sujet atteint de fracture de rotule des tentatives de chirurgie aseptique. » Je ne puis accepter cette formule dogmatique.

Je fais de l'asepsie pure et simple, je nettoie à sec l'articulation avec des compresses stérilisées, je ne lave pas et je ne draine pas. Aucun de mes fracturés, opérés aseptiquement, n'a présenté d'accident.

L'opération faite, les uns, parmi mes collègues, prônent le lever tôt, la mobilisation précoce (Lejars, Championnière); les autres, comme M. Berger, ne commencent la mobilisation que le 20e et même le 25e jour. Je me range à côté de M. Berger. Qu'importe, en effet, que vous fassiez lever votre malade le 4e ou le 15e jour ou le 20e? Quand vous faites marcher votre malade, il fait abstraction de son genou et marche le genou raide et bandé; s'il faisait autrement, s'il fléchissait son genou, il n'est pas de suture qui pût empêcher l'écartement des fragments. Une période de repos de vingt à vingt-cinq jours me paraît recommandable, mais on peut, dès la première semaine, masser les muscles de la cuisse et du mollet. Une opération précoce, contrairement à ce qu'on a dit, n'empêche pas plus l'atrophie du triceps que la réduction précoce d'une luxation n'empêche l'atrophie du deltoïde.

Reste une dernière question à discuter, puisque jusqu'ici nous avons envisagé les soins pré et post-opératoires : c'est le choix du procédé opératoire.

Je suis un peu surpris de certaines objections qui m'ont été faites. La suture et le cerclage ont fait leurs preuves, c'est entendu; est-ce une raison pour rejeter toute amélioration de technique? La suture avait fait ses preuves quand est né le cerclage, et pourtant M. Lejars semble avoir pour lui quelques préférences. Il n'est pas juste non plus de m'objecter que ce procédé n'est, jusqu'à plus ample informé, qu'un essai de médecine opératoire cadavérique;

voici que ce procédé a été appliqué 5 fois sur le vivant : 1 fois par M. Routier, 2 fois par M. Nimier, 1 fois par Cabott, et 1 fois par moi. Le résultat a été excellent dans les 5 cas.

Ai-je dit, comme l'écrit mon ami Schwartz, que les avantages de la suture transversale ou de l'hémi-cerclage seraient « la plus grande résistance à l'écartement angulaire des fragments »? En aucune manière. Je m'en défends et j'ai, au contraire, écrit textuellement : « j'ai fait des expériences pour prouver que ce mode de contention n'est que tout juste bon pour maintenir les fragments en contact en l'absence de tout mouvement imprimé à l'articulation du genou », et, plus loin, j'ai admis que la suture transversale serait inférieure au point de vue de la résistance à la suture longitudinale et supérieure au cerclage. Puisque j'ai été mal compris, je demande donc à insister sur ce fait, c'est qu'aucun mode de contention ne peut résister à une traction de plus de 40 kilogrammes et que la moindre flexion développe une traction de beaucoup supérieure à ce chiffre. Que l'on réfléchisse surtout que, dans une flexion, même légère, les forces qui tirent sur les deux fragments agissent non dans un même plan, mais dans des plans formant un angle ouvert en arrière. Étant donné un disque séparé en deux fragments que l'on suture ou qu'on cercle : si l'on tire en sens inverse sur les pôles opposés, mais dans le plan du disque, les deux fragments resteront en contact tant que les fils ne seront ou brisés ou desserrés, mais qu'on appuie sur chaque extrémité, comme on le ferait sur les deux extrémités d'un sou qu'on voudrait briser en son milieu, l'écartement angulaire se produira fatalement, c'est ce que j'ai voulu démontrer et c'est ce qui m'a fait dire : le fil n'est qu'une attelle provisoire, un cal provisoire.

Autre objection formulée par M. Lucas-Championnière et tirée de la friabilité des rotules qui se cassent; mais cette objection, je puis la retourner contre la suture longitudinale, je crois même qu'on fera moins céder une rotule en passant transversalement entre ses deux lames de tissu compact qu'en la perçant d'avant en arrière. Les deux observations de Cabott et de Routier me sont des arguments de fait.

M. Berger reproche à la suture transversale de n'être pas applicable à tous les cas. Sans doute, mais c'est justement pour cela que j'ai imaginé l'hémi-cerclage.

Quels sont les cas supposables?

1° Les deux fragments sont tous deux d'importance suffisante : la suture transversale est possible;

2° Les deux fragments sont tous deux suffisamment grands, mais l'un d'eux est subdivisé : l'hémi-cerclage est indiqué;

3° L'un des fragments est trop petit pour être suturé : l'hémi-cerclage est encore indiqué;

4° Les deux fragments sont subdivisés, ou bien le grand fragment est subdivisé et l'autre est très petit : le cerclage s'impose.

Il n'est donc qu'une hypothèse où la modification que j'ai proposée serait moins à conseiller, c'est la dernière, et encore a-t-elle été applicable dans les mains de Cabott et de Routier. Je ne répondrai qu'un seul mot aux objections de M. Reynier; peu lui importe qu'on use d'un fil de platine ou d'argent (1), qu'on le passe en long ou en travers, on laisse toujours un corps étranger dans la plaie.

Je ne puis admettre comme lui que ces corps étrangers, et spécialement que les fils d'argent introduits dans les tissus sains, « sont souvent mal tolérés, s'infectent et nécessitent leur ablation tardive »; d'autre part, je ne puis croire que de gros catguts passés dans les fragments osseux soient en état de bien maintenir des fragments écartés et surtout de les maintenir assez longtemps sans être plus ou moins allongés, sinon résorbés.

Je n'ai, pour conclure, invoqué en faveur de ma technique que la facilité dans l'exécution et la perfection dans la coaptation; il n'est qu'un moyen de vérifier le bien ou le mal fondé de mes dires, c'est d'essayer cette suture en anse que M. Berger veut bien, d'une façon générale, qualifier de « la plus solide, la plus simple, la plus exacte des sutures osseuses.

M. Félizet. — L'âge du blessé ne me semble avoir, au point de vue du traitement chirurgical direct de la fracture de la rotule, qu'une importance moyenne, à côté de l'état général du sujet et des conditions dans lesquelles la rotule a été rompue.

Une fracture survenant par le fait d'un traumatisme léger, chez un sujet diabétique ou diathésique, ne semble à personne justiciable d'une opération sanglante, simple sans doute, mais délicate : une rotule qui n'a pas été de force à maintenir son intégrité se prêtera mal à subvenir à une réparation osseuse convenable. C'est dans ces conditions qu'on doit se contenter parfois du traitement non sanglant.

Quand nous nous décidons à ouvrir un genou, — et l'opération est inoffensive chez un sujet vigoureux et sain, — notre but est d'affronter les fragments, de les accoler, et nous avons recours aux moyens mécaniques les plus efficaces pour maintenir une coaptation stable et solide ; la *Suture* et le *Cerclage* sont employés

(1) C'est par erreur que j'ai parlé dans ma communication des fils n° 6 de la filière, je voulais dire n° 3 (1 millimètre de diamètre).

à cet effet, et ce n'est pas un système, mais bien l'état anatomique de la fracture, qui fixe notre choix : le Cerclage convenant plutôt aux cas dans lesquels les fragments sont trop inégaux et le tissu rotulien trop friable pour être transfixé par le foret sans éclater.

Notre ambition, quel que soit le procédé mis en usage, est d'obtenir un cal osseux solide.

Le hasard m'a fait opérer un nombre assez important de rotules pour que je sois fixé sur les résultats de réparation que l'opération procure.

Le cal osseux existe, mais il faut bien dire que, quoi qu'on ait fait, il y a une partie de la rotule qui ne se répare jamais : c'est la portion arthro-cartilagineuse de l'os, sur laquelle on trouve toujours un sillon transversal dont la profondeur égale le quart postérieur de l'épaisseur de la rotule.

La radiographie réserve à notre ambition d'autres surprises, et elle nous montre, après quinze ans, des consolidations que nous croyions osseuses, qui ne consistent qu'en une zone fibreuse accolant les surfaces divisées de la rotule, sans fusion de tissu osseux des deux fragments.

C'est une guérison clinique parfaite, ce n'est pas une guérison anatomique.

C'est à propos de l'accolement immédiat des surfaces divisées qu'il me semble utile de signaler l'importance de deux temps opératoires auxquels on ne semble pas rendre la justice qu'ils méritent, et que je pense indispensables ; je veux parler : 1° de la suture du fibro-périoste et des ailerons rotuliens ; 2° de la coaptation directe forcée.

Quand on a largement taillé le lambeau à la Fergusson, qu'on l'a relevé, qu'on a soigneusement enlevé les caillots qui occupent la bourse pré-rotulienne, le foyer de la fracture et la cavité articulaire, on trouve généralement la surface des fragments recouverte par le surtout fibreux antérieur arraché.

Il ne suffit pas de relever ces filaments et de les égaliser, il faut, avec la rugine, les décoller sur 2 ou 3 millimètres, et voir comment l'affrontement s'opère.

Il est nécessaire souvent, si l'accolement n'est pas parfait, de rectifier, avec une scie fine, les surfaces osseuses à joindre, l'opposition régulière des surfaces empêchant les fragments de basculer. C'est ce que nous avons toujours fait dans le traitement des fractures anciennes de la rotule ; c'est le même avivement des surfaces osseuses qui nous a semblé souvent très utile dans le traitement sanglant des fractures récentes.

La suture osseuse, à laquelle je suis demeuré relativement fidèle, étant faite avec des fils métalliques, on procède à la suture

du fibro-périoste pré-rotulien, et au surjettage des ailerons; pour ces dernières coutures le catgut suffit.

Mais ce n'est pas tout, et j'arrive au dernier temps de l'opération.

La rotule fracturée ne guérit pas comme le radius ou comme le péroné.

C'est le type des fractures à consolidation précaire, dans le crainte de laquelle nous avons été élevés, les *fractures articulaires.*

Il est, plus que partout ailleurs, nécessaire que l'accolement des surfaces soit parfait, pour que la substance du cal serve intégralement à la réparation osseuse.

Or, vous aurez beau avoir pratiqué une suture osseuse très exacte, avoir soigneusement suturé le périoste pré-rotulien et les ailerons de la rotule, vous n'êtes jamais assuré qu'il ne se produira pas un écartement et que les fragments ne subiront pas un certain mouvement de bascule. C'est pour rendre impossibles ces écartements et cette bascule que l'action directe du doigt sur les deux fragments est nécessaire.

Voici comment nous procédons : à partir du moment où le tissu osseux et le périoste sont suturés, les doigts du chirurgien refouleront l'un contre l'autre les deux fragments et ne les quitteront pas, jusqu'au moment où l'immobilisation par le plâtre sera chose acquise.

La suture de la peau étant faite et la plaie étant recouverte d'un pansement régulièrement compressif, le membre est placé en extension dans une gouttière plâtrée avec étrier.

Le pouce et l'index des deux mains n'ont pas quitté le haut et le bas de la rotule. Deux petites attelles de tarlatane plâtrée opposées l'une à l'autre par leur bord concave enserrent les deux extrémités de la rotule, avec les doigts qui en maintenaient les fragments en position convenable.

Le plâtre une fois pris, on retire les doigts et l'on peut s'assurer, au cours de la réparation, par les quatre tunnels, que les fragments sont demeurés en place, sans écartement et sans bascule. L'appareil inamovible ne reste pas moins de quarante ou quarante-cinq jours en place : l'indication première étant la formation d'un cal osseux solide, nous ne croyons pas payer trop cher un cal résistant au prix d'une raideur articulaire qui n'est jamais une ankylose définitive.

M. Quénu. — Le résultat que nous montre M. Bazy est excellent, mais le malade ne peut faire l'extension complète; je crois qu'il aurait obtenu mieux par la suture.

Communications.

Hépaticotomie pour calculs; extraction de deux calculs du canal hépatique; suture du canal; drainage par les voies biliaires accessoires; guérison.

par M. HENRY DELAGÉNIÈRE (du Mans).

I. — Par hépaticotomie, nous entendons l'incision directe du canal hépatique pour extraire des calculs biliaires. Cette opération est encore relativement récente, puisque le premier cas connu de Kocher remonte seulement à 1889. C'est, en outre, une opération rare, puisque, dans son livre, Pantaloni n'en cite que six cas (1) (Cas de Kocher, Cabol, 1892; Elliot 1894; deux cas de Czerny 1895; Kehr 1896). Depuis, nous n'avons pu en trouver que trois nouveaux cas dans la littérature médicale, dus à Kehr (2).

Nous avons déjà eu l'occasion d'intervenir pour un calcul du canal hépatique, mais dans ce cas, que nous avons publié (3) antérieurement, nous avons dû pratiquer le broiement du calcul pour l'extraire, et, pour atteindre le canal hépatique, nous avions suivi la voie cholécystique par laquelle nous avions pu inciser du même coup le canal cystique et la terminaison du canal hépatique. Dans notre nouveau cas, au contraire, les calculs étaient situés beaucoup plus haut, presque dans le hile du foie; de sorte que la même voie d'accès ne nous eut pas permis de les atteindre, ainsi du reste que nous avons pu nous en rendre compte au cours de l'opération. Force nous a donc été d'inciser directement le canal hépatique sur les calculs pour les enlever.

II. — OBSERVATION (4). — La nommée P... (Hermance), âgée de quarante et un ans, brodeuse, demeurant à Fresnay-sur-Sarthe, nous est adressée par le Dr Persy, du Mans, pour des coliques hépatiques.

Cette femme, dont l'état général est médiocre, a subi la résection de l'épaule gauche pour arthrite tuberculeuse, en novembre 1891, à l'hôpital Saint-Louis, par le Dr Marchand. Elle souffre depuis 1890 de coliques hépatiques; elle a cette année-là une première crise qui dure plusieurs semaines. A la suite de cette crise, elle a de l'ictère; elle a une deuxième crise en 1893, et trois autres crises importantes depuis cette époque. En septembre 1902, nouvelle crise violente avec péritonite et accompagnée d'ictère, qui dure trois mois, s'accompagnant de douleurs atroces, de vomissements très abondants. La malade a même deux hématémèses assez abondantes; pendant ces trois mois, les

(1) Pantaloni. *Chirurgie du foie et des voies biliaires*, 1899, p. 537.
(2) *München. med. Wochenschr.*, 1902, T. XLIX, p. 1689-1804.
(3) Hépaticolithotripsie. *Archives prov. de Chirurgie*, 1898.
(4) N° 4718 de la *Statistique générale*.

urines sont couleur acajou et les selles complètement décolorées. En décembre 1902, légère amélioration, l'ictère disparaît; mais elle a constamment des petites crises aiguës quand elle prend le moindre aliment. Le lait même est très mal supporté.

En janvier 1903, elle consulte le Dr Persy qui conseille l'intervention ; elle entre à la clinique le 28 janvier.

Etat à l'entrée. — L'état général est mauvais, la malade a une teinte subictérique, elle est très affaiblie, ne peut supporter aucun aliment, même le lait bouilli, sans avoir une crise immédiatement; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, mais on y trouve des pigments biliaires; l'urée est peu abondante, seulement 14 grammes.

Localement, le ventre est plat, sensible au palper; le siège de la vésicule est nettement douloureux, ainsi que le creux épigastrique. Les crises douloureuses, plus souvent nocturnes que diurnes, débutent au niveau du creux épigastrique, s'étendent à la région hépatique et remontent vers l'aisselle. La matité du foie est légèrement augmentée : l'organe dépasse en bas les fausses côtes de 2 centimètres environ.

Opération, le 4 février 1903. — Le chloroforme est donné par le Dr Persy ; je suis assisté par les Drs Bolognési et Meyer; sont présents les Drs Chaput et Legros. Je pratique une incision de 12 centimètres sur le bord externe du muscle droit droit; la séreuse est ouverte. La recherche de la vésicule est assez difficile : elle est petite, rétractée, enfouie sous des adhérences ; je l'isole de ces adhérences, et peux constater qu'elle a subi une rupture, un petit calcul se trouvant dans les adhérences au niveau du fond. Je libère les voies biliaires et recherche le canal cholédoque, puis le duodénum que je fais rétracter avec un écarteur; j'explore le cholédoque et ne trouve pas de calcul ; dirigeant le doigt vers le hile du foie, je sens nettement un calcul qui me paraît légèrement mobile; je cherche à me rendre compte de la situation du canal cystique, et, pour cela, j'incise la vésicule de proche en proche ainsi que le canal cystique. J'introduis dans ce canal un stylet qui pénètre dans le canal cholédoque. Je puis me rendre compte que les calculs sont situés au-dessus de l'embouchure du canal cystique à la face inférieure du foie, par conséquent dans le canal hépatique. Je fais accrocher le rebord du foie avec un écarteur et refouler l'organe en haut autant que possible. Je glisse l'index gauche jusqu'au calcul, et sur le point résistant pratique une petite boutonnière au bistouri; avec des ciseaux, je prolonge cette boutonnière de 5 ou 6 millimètres jusqu'au tissu hépatique. Avec des pinces fines, je saisis un premier calcul assez facilement, mais j'en trouve un deuxième dont l'extraction est beaucoup plus difficile. Ces deux calculs se trouvaient situés dans une sorte de dilatation ampullaire du canal hépatique. Avec une aiguille fine et un fil de chanvre, je pratique assez facilement la suture en surjet de l'incision faite au canal. Afin d'éviter toute tension dans l'arbre biliaire, je place un tube à drainage dans la vésicule qui a été incisée dans toute sa longueur et je la referme au moyen d'un surjet. Un tamponnement avec une mèche de gaze est fait au niveau de la face inférieure des voies biliaires, la vésicule ne pouvant pas être attirée jusqu'au péritoine pariétal. Le ventre est refermé comme à l'ordinaire.

Calculs. — Ils sont irrégulièrement arrondis : l'un mesure 13 millimètres dans son grand axe et 11 dans son petit axe, l'autre, plus petit, mesure 1 centimètre en tous sens.

Suites opératoires. — Les suites ont été très simples : la température a oscillé entre 36°6 et 37°4 les quatre premiers jours, la malade a été purgée le cinquième et est allée à la selle normalement; le soir de la purgation, la température a atteint 37°8. Depuis ce moment, la température est absolument normale.

Pendant les quatre premiers jours, il s'est écoulé un peu de bile par le tamponnement, mais le drain placé dans la vésicule fournissait de la bile en grande quantité. Le tamponnement est enlevé le sixième jour. Le douzième jour, le drain placé dans la vésicule est remplacé par un tout petit tube, qui est lui-même supprimé le seizième jour. La fistule est complètement fermée le dix-neuvième jour et la malade quitte la clinique complètement guérie deux jours plus tard, le 25 février.

Dès l'opération, elle s'est sentie soulagée et a pu supporter le lait ; le dixième jour, elle a commencé les aliments solides, et a pris le régime ordinaire des autres malades le quinzième jour.

III. — *Considérations opératoires.* — Comme dans toutes nos opérations sur les voies biliaires, nous avons eu recours à l'incision verticale sur le bord du muscle droit. Nous faisons toujours cette incision longue de 12 ou 15 centimètres, suivant le degré d'embonpoint de la malade, et dépassant en haut de 1 centimètre environ le rebord costal. Cette incision, en prenant la précaution de faire écarter vigoureusement par un aide le bord du muscle droit, donne une voie d'accès large et commode pour l'exploration des voies biliaires et pour les interventions nécessaires aussi bien sur le cholédoque que sur le canal hépatique. Nous avons même pu pratiquer par cette incision une cholédocotomie transduodénale sans avoir besoin de recourir à une nouvelle incision transversale.

Lorsque le péritoine est ouvert, les difficultés de l'exploration sont entièrement subordonnées aux complications d'adhérences des voies biliaires, principalement de la vésicule. Ces adhérences doivent être détachées avec le plus grand soin, de façon à rendre libre le fond de la vésicule et sa face inférieure jusqu'au canal cystique. Arrivé à ce point de l'exploration, nous avons l'habitude de rechercher le duodénum, de le palper et de le faire récliner en dedans au moyen d'un large écarteur. Cette manœuvre facilite la recherche et l'exploration du cholédoque.

Lorsque l'investigation des voies biliaires doit être poussée plus loin, nous évacuons la vésicule puis l'incisons dans toute sa longueur, de proche en proche, ainsi que nous l'avons décrit dans un travail antérieur (1). Cette voie muqueuse, *endocholécystique*, permet non seulement l'exploration complète de la cavité vésiculaire, mais aussi celle du canal cystique jusqu'à son embou-

(1) Technique générale des opérations faites sur les voies biliaires pour lithiase, *Revue de gyn. et de chir. abd.*, n° 1, février 1899.

chure dans le canal cholédoque, d'où on peut extraire par cette voie des calculs enclavés dans ce canal (1), sa portion susduodénale pouvant aussi être incisée et les bords de l'incision repérés. La voie endocholécystique nous a permis, dans un cas auquel nous avons fait allusion plus haut, d'intervenir avec succès pour un calcul situé dans le canal hépatique. Mais, dans ce cas, l'extraction fut des plus difficiles, et nous avons dû briser le calcul pour l'avoir. Dans un cas de calculose de l'hépatique, nous pensons que la voie endocholécystique est surtout utile pour bien reconnaître l'embouchure du canal cystique, point de repère capital pour reconnaître sûrement le canal hépatique. Or, l'incision de la vésicule et du canal cystique ne présente aucun inconvénient pour nous, puisque, de parti pris, nous établissons un drainage par les voies biliaires accessoires dans toutes nos opérations sur les voies biliaires principales.

Le refoulement du foie en haut, au moyen d'un écarteur, rend l'accès du hile hépatique plus facile ; or, c'est à ce niveau, tout contre la glande hépatique, qu'il faut inciser le canal hépatique. Nous avons, chez notre malade, senti le calcul à travers la paroi du canal, mais il nous a été impossible de le saisir entre le pouce et l'index. Le canal était dilaté juste à sa sortie du hile et représentait un petit bassinet triangulaire au sommet inférieur duquel le canal cystique paraissait venir s'aboucher.

Pour ouvrir ce petit bassinet hépatique dans lequel nous sentions un calcul, nous avons mis l'extrémité de l'index gauche sur le calcul, et avons incisé le canal directement sur ce calcul. Avant l'extraction, nous avons agrandi aux ciseaux l'ouverture pratiquée au bistouri.

L'extraction en elle-même n'a rien présenté de particulier ; elle a été laborieuse pour le deuxième calcul. Nous voulons cependant attirer l'attention sur ce fait que le deuxième calcul n'a été trouvé qu'après l'extraction du premier, point important à retenir pour n'être pas tenté de suivre l'exemple d'Elliot et d'autres opérateurs, de placer avant l'extraction du calcul les fils destinés à fermer la plaie faite au canal.

La suture de la plaie faite au canal hépatique doit toujours être tentée ; nous l'avons faite assez facilement avec une petite aiguille courbe munie d'un fil de chanvre. Nous sommes partisan résolu de la suture dans toutes les opérations faites sur les voies biliaires, et principalement sur celles qui sont pratiquées sur les voies biliaires principales ; nous la faisons habituellement en surjet et à un seul point. Ces sutures sont rarement parfaites,

(1) Voir nos observations, in *Thèse* de Meyer.

mais elles sont suffisantes, surtout si on a la précaution de pratiquer un drainage biliaire par les voies biliaires accessoires. Ce drainage, en effet, évite toute tension dans l'arbre biliaire, et l'incision du conduit, rapprochée par la suture, se guérit rapidement sans exposer la malade à inonder de bile son péritoine et sans lui faire courir le risque de conserver une fistule biliaire même temporaire.

M. I.-L. FAURE lit une communication sur les *Erreurs de la radiographie*. — Rapporteur : M. WALTHER.

Présentations de malades.

Tarsalgie du pied droit, sans pied plat, rebelle au traitement non sanglant. Tarsectomie cunéiforme. Agrafage de Jacoël.

M. SCHWARTZ. — J'ai l'honneur de vous présenter un jeune homme de vingt et un ans, que j'ai soigné depuis trois ans pour une affection douloureuse des articulations postérieures du pied avec valgus très accentué, mais sans qu'il n'y ait jamais eu d'aplatissement notable de la voûte plantaire.

C'est en juin 1900 qu'il m'a été amené pour la première fois à l'hôpital Cochin. C'est un grand garçon bien portant qui ne présente aucun antécédent héréditaire ou acquis digne d'être noté. Il est employé de commerce et assujetti à des stations prolongées.

L'affection a débuté il y a deux mois environ à la suite, dit-il, d'une torsion du pied droit produite pendant la marche. C'est à partir de ce moment qu'il ressentit tous les soirs, puis peu à peu dans le courant de la journée, et enfin d'une façon persistante, excepté le matin au lever, des douleurs vives au niveau du cou-de-pied et du dos du pied; cependant il a continué son travail et ne s'est alité que depuis huit jours.

L'examen permet de constater qu'il est affecté d'un valgus douloureux, sans aplatissement notable de la voûte plantaire, avec contracture des muscles abducteurs du pied : points douloureux au niveau de l'articulation scaphoïdo-astragalienne en dedans, dans la fosse prémalléolaire en dehors. Il n'y a pas d'applatissement de la voûte plantaire lorsque le malade s'appuie sur son pied.

La contracture disparaît sous l'influence du repos; cependant le pied à toujours de la tendance à être porté en dehors.

Anesthésie à l'éther, application d'un appareil plâtré qui reste

en place vingt-cinq jours. Massages. Il sort de l'hôpital avec une semelle triangulaire dans sa bottine, en août 1900.

Il reprend son travail dans le courant de l'année 1901, est repris des mêmes accidents et revient nous trouver en décembre 1901.

Récidive complète des accidents. Je repris le même traitement que la première fois, mais pendant quarante-cinq jours, espérant que le changement de profession amènera une guérison définitive. Le malade quitte le service de nouveau guéri.

Il nous revient une troisième fois, le 16 novembre 1902, avec une contracture de tous les muscles et une impotence manifeste du long péronier latéral.

La contracture ne disparaît plus par le repos.

En raison de la durée des accidents, de l'âge du malade (21 ans), de la récidive dès qu'il veut reprendre quelque travail et marcher, de l'inefficacité du redressement avec immobilisation pendant quarante-cinq jours, je me résous à la tarsectomie cunéiforme interne avec enchevillement astragalo-scaphoïdien.

L'opération a consisté à réséquer un coin comprenant une partie de la tête de l'astragale, une partie du scaphoïde, à redresser le valgus de façon à mettre le pied en léger varus, et à agrafer les deux os astragale et scaphoïde avec une agrafe de Jacoël.

L'opération a été pratiquée le 13 novembre 1902. La réunion a été parfaite. Vous pouvez constater le résultat actuel. L'opéré a quitté le service le 12 janvier 1903. Depuis il va et vient facilement. Il ne souffre pas. Malgré le redressement, il y a encore un léger degré d'abduction du pied, mais le pied repose par toute sa face plantaire, comme nous le montrent les deux empreintes prises récemment.

Les radiographies ci-jointes font voir l'agrafe de Jacoël plantée dans les deux os astragale et scaphoïde. Elle est parfaitement tolérée et c'est à peine si on la devine sous la peau.

C'est là un moyen d'union qui me paraît particulièrement recommandable, et qui remplace avantageusement la suture au fil d'argent que j'ai faite jusqu'ici pour l'enchevillement.

C'est surtout à ce titre que je vous présente mon opéré.

Fistule intestino-vésicale. Guérison.

M. Walther. — La malade que je vous présente est une femme de cinquante-quatre ans, robuste, de bonne santé habituelle, mariée à quarante ans ; à l'âge de quarante-six ans, elle ressentit des douleurs abdominales pour lesquelles elle consulta un médecin. Ce dernier constata la présence d'une tumeur pelvienne et fit le

diagnostic de fibrome. Pendant deux ans de suite, on traita ce fibrome par l'électricité.

En 1899, à la suite d'une chute dans un escalier, se déclara une péritonite qui fut suivie de douleurs pelviennes continues pendant un an. Au mois d'août 1900, après une crise plus vive de douleurs, des gaz et des matières fécales passèrent dans la vessie, et, cette émission de matières mélangées à l'urine devenant de plus en plus abondante, la malade entra au mois de novembre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de mon maître M. le professeur Duplay, que j'avais alors l'honneur de remplacer.

L'écoulement de matières intestinales était très abondant et avait provoqué une cystite intense horriblement douloureuse. Je commençai par faire faire de fréquents lavages de la vessie qui calmèrent un peu les douleurs et j'attendis assez longtemps pour voir si la fistule ne tendrait pas à se rétrécir. J'hésitais d'autant plus à intervenir qui je n'avais aucune notion sur le siège de la fistule intestinale. L'exploration du bassin montrait non pas un fibrome utérin, mais bien une masse compacte de péritonite emplissant complètement toute la cavité pelvienne et englobant l'utérus et les annexes dans une gangue d'une dureté ligneuse.

Cependant, aucune modification ne se produisant, les matières passant toujours en aussi grande abondance, je me décidai à intervenir.

L'opération fut faite le 20 février 1901. La laparotomie médiane me conduisit sur cette masse complètement adhérente soudée à tout le bassin et dans laquelle il était impossible de reconnaître ni utérus, ni annexes, ni intestin.

Libérant peu à peu les anses intestinales visibles, adhérentes au dôme de ce bloc pelvien, j'arrivai avec de très grandes difficultés à évider pour ainsi dire le centre de la masse, à enlever par fragments l'utérus, à libérer progressivement la vessie, à la rejeter en avant, à réséquer les débris des annexes, et, plongeant par ces morcellements successifs dans le fond du bassin, je trouvai, à gauche, une petite cavité à parois fongueuses qui me sembla correspondre au trajet intermédiaire à la vessie et à l'intestin. Malgré toutes mes recherches, il me fut impossible de découvrir l'orifice vésical de la fistule ni même l'orifice intestinal.

Je fis un très large tamponnement et un bon drainage sur le fond du bassin, entre la vessie et le rectum, et je refermai le ventre. J'espérais ainsi obtenir soit la fermeture complète des deux orifices fistuleux, soit tout au moins la transformation de la fistule en une fistule intestino-cutanée.

La malade supporta bien cette très pénible opération qui avait duré deux heures. Au bout de quelques jours, les matières pas-

sèrent par le drainage abdominal et les urines restèrent claires. J'espérais qu'avec le temps la fistule stercorale cutanée se fermerait d'elle-même comme cela arrive souvent en pareil cas. Il n'en fut rien.

La malade m'avait suivi dans mon service à la Pitié. Pendant plusieurs mois, elle eut des alternatives d'émission plus ou moins abondante de matières. Au mois d'août 1901, l'orifice cutané s'étant rétréci par suite d'un drainage insuffisant, il y eut un peu de rétention, et de nouveau des gaz et un peu de matières passèrent dans la vessie. C'est dans cet état que je la retrouvai au mois d'octobre, à mon retour des vacances. Elle avait à ce moment une phlébite double des membres inférieurs.

Je dilatai le trajet, je fis un nettoyage du fond de la cavité, et, grâce à un large drainage, tous les accidents s'amendèrent. Il passait seulement, de temps en temps, des gaz dans la vessie, rarement des matières. Lorsque les phlébites furent guéries, l'état général et l'état local étaient assez bons pour que la malade quittât l'hôpital; elle alla passer quelques mois à la campagne, conservant toujours un gros drain.

Au mois de novembre 1902, elle rentra dans le service et, après l'avoir soumise quelque temps au repos, à un régime alimentaire approprié, à une dilatation plus large du trajet, je me décidai à intervenir pour tâcher cette fois de trouver et de fermer l'orifice intestinal.

L'opération fut faite le 17 décembre 1902. Large incision médiane, après curettage et nettoyage aussi soigné que possible de la portion superficielle du trajet fistuleux. J'isolai ce trajet et le disséquai jusque dans la profondeur, me guidant sur une sonde introduite dans sa lumière et sur une autre sonde mise dans la vessie. J'arrivai ainsi à le séparer de la vessie et à le suivre à gauche jusqu'au voisinage de la portion supérieure du rectum où il plongeait dans une sorte d'entonnoir aboutissant à l'intestin. Cette dernière portion fut grattée soigneusement à la curette sans qu'il me fût possible, à cause des adhérences, de songer même à suturer l'intestin.

Plus haut, je trouvai une très large fistule siégeant sur une anse d'intestin grêle qui avait été décollée, laborieusement disséquée et relevée au-dessus du trajet. L'état de l'intestin était tel, sa paroi si friable, si saignante, si bourgeonnante, qu'il me parut impossible de faire une suture, ni une résection avec anastomose latérale ou terminale. Je fis donc, au niveau de cette large perte de substance, la section transversale de l'intestin, et, après avoir libéré sur une longueur de 5 à 6 centimètres le bout supérieur, je l'engageai dans le bout inférieur dont la muqueuse avait été,

sur une hauteur de 2 centimètres environ, abrasée avec les ciseaux pour avoir une assez large surface d'affrontement. Quatre points de catgut en U fixèrent cette invagination ; je dus les serrer avec grands ménagements, à cause de la friabilité extrême des parois. Un surjet superficiel consolida cette suture. L'abdomen fut fermé avec un tamponnement et un large drainage plongeant dans le bassin jusqu'au niveau de la fistule rectale.

L'opération, très laborieuse cette fois encore, avait duré près de deux heures.

Au bout de trois jours, les matières passèrent par la plaie. L'écoulement fut pendant quelque temps très abondant. Il diminua peu à peu, il ne resta plus qu'une fistulette à écoulement intermittent, et enfin, vers le milieu du mois de février, deux mois après l'intervention, la cicatrisation était complète.

Vous pouvez aujourd'hui constater la solidité de la cicatrice. La vessie fonctionne bien. La malade a repris son embonpoint et ses forces ; elle a quitté l'hôpital depuis quelques jours et j'ai tenu à vous la présenter avant qu'elle retournât dans son pays. Je n'ai fait que vous résumer aussi brièvement que possible cette très longue observation qui me semble offrir un certain intérêt à cause de la très grande difficulté que présente presque toujours la cure de ces fistules intestino-vésicales.

M. Pierre Delbet. — La très intéressante observation de mon ami Walther me rappelle un cas fort singulier de fistule vésico-intestinale, que je n'ai point encore publié et qui mérite de l'être.

M. L..., actuellement âgé de trente-neuf ans, qui n'avait présenté d'autre symptôme morbide que quelques coliques insignifiantes, fut très surpris de constater un jour — il y a sept ou huit ans — qu'il rendait des gaz par la verge. Cette pneumaturie était assez bruyante pour que le malade redoutât d'uriner en public. Parfois il passait aussi par la vessie quelques débris de matières fécales.

La santé générale, qui n'avait pas été touchée au début, ne tarda pas à s'altérer. De la fièvre survint avec des frissons et le malade se décida à une intervention qui fut pratiquée dans une ville de province.

Le chirurgien chercha à aborder la fistule par la cavité vésicale. Il fit une taille hypogastrique, eut beaucoup de peine « à trouver, tant il était petit, l'orifice vésical de la fistule à droite, un peu au-dessus du trigone ». Il fit l'avivement de cet orifice et le sutura au catgut. « Quelques jours après, les fils lâchèrent et les matières fécales se précipitèrent en abondance par cet orifice agrandi. »

Je continue à citer textuellement l'observation qui m'a été remise par le médecin du malade.

« Peu à peu l'orifice se rétrécit au point que les matières fécales et les gaz ne passèrent qu'en petite quantité. On laissa se refermer l'incision ventrale, on supprima les tubes et le malade reprit la même vie qu'avant l'opération, mais les phénomènes de resorption disparurent et, pendant six ou sept ans, le malade a pu mener la vie de tout le monde.

« Il y a quatre mois environ (ces renseignements m'ont été « fournis le 9 septembre 1902), M. L... commença à rendre du « sang par la vessie; puis les douleurs allèrent en augmentant, « les matières et les gaz passèrent en plus grande quantité, il « eut une orchite. La cystalgie, occasionnée par le passage des « matières, devint telle que le malade hurlait toute la journée. « M. L... réclamait une nouvelle intervention, mais en demandant « qu'on ne fît rien qui pût mettre sa vie en danger. Il s'adressa « au même chirurgien, qui fit de nouveau la taille hypogastrique. « La suture, après avivement de l'orifice, fut faite avec du crin de « Florence, au lieu de catgut. L'orifice vésical de cette fistule « intestino-vésicale fut encore plus difficile à trouver que la pre- « mière fois. Ce n'est qu'au bout d'une heure qu'on put y intro- « duire une sonde en gomme. Cette sonde parut se diriger en « haut. Le toucher rectal ne permit pas de la sentir, et un liquide « coloré introduit par l'orifice de la sonde ne ressortit nulle part. « La sonde se refusa à l'introduction du liquide coloré, de sorte « qu'on ne trouvait ni le trajet ni l'orifice intestinal de la fistule.

« La suture au crin de Florence se défit rapidement et les matières fécales et les gaz passèrent plus abondamment que jamais.

« Voilà quatre mois que cette seconde opération a été faite, et l'amélioration attendue, celle qui survint après la première opération, n'arrive pas. Il est aujourd'hui bien avéré que M. L... ne peut vivre dans l'état où il est, avec des souffrances toujours atroces, malgré l'orifice vésical sus-pubien qu'on maintient ouvert. »

C'est alors, au mois de septembre, que mon ami Routier vit le malade et me l'adressa.

Son état était le suivant. Au-dessus du pubis, au centre d'une zone rouge et excoriée, on voyait un orifice que l'on maintenait largement ouvert par un gros tube. L'orifice donnait passage à la totalité des urines. Le malade n'urinait pas par la verge. Mais ce méat hypogastrique était en même temps un anus : il y passait des matières en abondance. Le malade déféquait en grande partie par sa paroi abdominale, au travers de sa vessie. Celle-ci, très enflammée, était le siège de douleurs atroces et le malade poussait incessamment de véritables hurlements.

Je fis l'opération le 13 septembre. Je vous dirai tout à l'heure qu'il aurait été plus sage de la différer. Le malade était insupportable, et il poussait des cris si bruyants et si sauvages que s'il ameutait les étrangers jusque dans la rue, il mettait en fuite tous ceux qui auraient pu s'intéresser à lui. C'est pour cela que je me décidai.

Bien convaincu qu'on ne pouvait rien faire de bon par la cavité vésicale, et qu'on n'obtiendrait de résultat qu'en séparant l'intestin de la vessie, je fis une laparotomie. Je vous fais remarquer que les conditions étaient détestables. La présence de ce *méat-anus* hypogastrique rendait bien difficile la réalisation de l'asepsie.

Je place d'abord une sonde-béquille n° 19 dans la vessie par l'urètre, puis, sans faire d'avivement, je ferme l'orifice hypogastrique par deux gros fils d'argent, pour me mettre à l'abri de l'urine, du pus et des matières fécales pendant le cours de l'opération.

Cela fait, j'injecte de l'eau boriquée dans la vessie par la sonde. La vessie entre en tension à 60 grammes. Il est impossible d'injecter plus de 80 grammes de liquide. On est arrêté par une résistance énorme. Sans doute, la fistule vésico-intestinale est disposée de telle sorte que le contenu de la vessie ne peut passer dans l'intestin. Mais, malgré mes deux points de suture, l'eau filtre par la fistule hypogastrique. Je place un troisième point qui assure l'étanchéité.

Après un nouveau lavage complet de la paroi et des mains, je fais la laparotomie sur le plan incliné.

Le ventre ouvert et l'intestin grêle relevé (il n'était pas adhérent), il reste une masse fibro-graisseuse qui va de la paroi abdominale (région du méat hypogastrique) au promontoire et dans laquelle il est impossible de rien distinguer.

Je vais chercher le côlon dans la fosse iliaque gauche et je constate que cette masse est constituée par le côlon pelvien énormément épaissi par des lésions diffuses d'inflammation chronique.

J'agrandis l'incision par en bas jusqu'au point où la vessie est adhérente à la paroi, et je commence à décoller le côlon. Les adhérences sont étroites et très résistantes, mais heureusement elles saignent peu; le décollement va lentement. J'arrive bientôt sur une région où les adhérences très fortes résistent absolument aux ongles et aux pinces. Après avoir placé des compresses protectrices, j'attaque cette région avec des ciseaux courbes, et j'arrive sur la fistule. La muqueuse intestinale fait saillie par l'orifice. Je pourrais déjà suturer séparément l'orifice vésical et l'orifice intestinal, mais je préfère séparer complètement l'intestin de la vessie si c'est possible. La dissection est rendue extrêmement difficile par la profondeur. Enfin, je réussis à libérer complètement

le côlon pelvien. Bien que libéré, il reste à peu près immobilisé par l'épaississement et la rétraction du méso. Il ne sort ni urine de la vessie, ni matières de l'intestin.

Je commence par la suture de l'intestin. L'orifice ovalaire a à peu près le diamètre de l'index. Le grand axe est oblique par rapport à l'intestin. Je fais deux plans de suture. A une extrémité je suis gêné par les appendices épiploïques ; à l'autre le fil coupe. En somme, la suture présente des difficultés. J'espère cependant être arrivé à la faire bonne. La résection de l'intestin aurait présenté ici des difficultés considérables. D'une part, il aurait fallu la faire très étendue, car les lésions s'étendaient à tout le côlon pelvien ; et, d'autre part, on aurait été singulièrement embarrassé par la briéveté et l'épaississement de son méso.

La suture de la vessie a présenté de grandes difficultés, non pas que la paroi vésicale fût friable, mais l'orifice siégeait sur la face inférieure de la vessie et était très difficilement accessible. J'arrivai péniblement à faire deux plans en surjet.

Suture de la paroi sans drainage.

Après cette intervention, je n'étais pas sans de grandes inquiétudes. Les suites furent d'une simplicité extrême. Il n'y eut qu'un point fâcheux. Jamais la sonde à demeure n'a bien fonctionné et il passait toujours un peu d'urine par le méat hypogastrique. Comme cette sonde, qui ne remplissait pas son but, déterminait des douleurs très vives, je pris le parti de la supprimer au bout de cinq jours et de rouvrir la fistule hypogastrique vésicale.

A part cela, tout alla à merveille pendant treize jours. Il n'y avait eu aucune élévation de température, aucune réaction péritonéale, l'intestin fonctionnait bien. Je considérais le malade comme définitivement guéri, quand, le quatorzième jour, il se produisit une élévation de température en même temps que des douleurs. La cicatrice abdominale se désunit et il sortit du pus avec des matières intestinales.

Cet accident survenant au bout de quatorze jours, alors que tout danger paraissait conjuré, ne peut s'expliquer, je crois, que par la nature des lésions intestinales.

Cette nature, je ne vous en ai pas encore parlé. Le malade avait eu, vers l'âge de dix-neuf ans, un chancre syphilitique et j'étais convaincu, avant même l'opération, que la fistule était due à une gomme intestinale ouverte dans l'intestin. J'aurais dû mettre le malade au traitement avant de l'opérer. Je vous ai dit pourquoi je ne l'ai pas fait. Après l'opération, je lui avais fait prendre du sirop de Gibert et, en outre, une potion iodurée. Mais le malade, très indiscipliné, ne fit jamais ce traitement d'une manière régulière.

Or, il est survenu un accident qui plaide énergiquement en

faveur de l'origine syphilitique des lésions intestinales qui, je vous le rappelle, étaient étendues.

Quelques jours après l'opération, s'était développée, d'une manière insidieuse et indolente, une petite tuméfaction dans le cordon du côté droit, au voisinage de l'orifice externe du canal inguinal. Lorsque le malade attira mon attention sur cette tuméfaction, elle avait le volume d'une petite noix et était peu sensible. Je pensai qu'il s'agissait d'une déférentite consécutive à l'urétrite légère qu'avait déterminé la sonde à demeure. La tuméfaction resta à peu près stationnaire pendant un mois, puis, brusquement, elle se mit à augmenter de volume en même temps qu'elle devenait plus sensible. Elle acquit la dimension d'un œuf, prit des caractères inflammatoires manifestes. La peau rougit à sa surface, devint œdémateuse et l'œdème, considérable, s'étendit jusqu'aux bourses. Mon ami Routier revit le malade à cette époque, trouva la tuméfaction fluctuante et me conseilla de l'inciser incontinent. Comme elle me paraissait seulement pâteuse, je ne voulus pas l'inciser avant d'avoir essayé le traitement spécifique intensif, et je mis le malade aux injections d'huile biiodurée de Panas.

Sous l'influence de ce traitement, avec une rapidité extrême, les phénomènes inflammatoires s'éteignirent, la tuméfaction diminua, puis disparut complètement. On ne peut guère douter qu'elle était constituée par une gomme syphilitique.

J'ai laissé l'histoire du malade au moment où la partie inférieure de la plaie abdominale s'était rouverte, donnant issue à du pus et à des matières.

D'abord rien ne passa par la vessie, puis des gaz commencèrent à y pénétrer, et, quelque temps après, des matières en très petite quantité. Sur ces entrefaites, la vessie s'était nettoyée, elle avait cessé d'être douloureuse, l'urine était redevenue limpide et le méat hypogastrique s'était fermé.

La situation était donc la suivante. Il y avait une sorte de cloaque communiquant avec l'intestin, avec la vessie et avec l'extérieur. Les gaz passaient partiellement par la plaie abdominale et quelques petites bulles pénétraient dans la vessie, mais le malade en rendait la plus grande partie par l'anus. De même pour les matières intestinales. Le malade allait abondamment à la selle, il y allait même cinq ou six fois chaque jour, car il avait depuis des années une diarrhée chronique avec une flatulence incroyable. Il passait fréquemment des matières en petite quantité par la plaie abdominale et de temps en temps de toutes petites parcelles dans la vessie. Le malade urinait régulièrement par la verge, et, chose singulière, il n'a jamais passé d'urine ni dans l'intestin, ni par la fistule abdominale.

Actuellement l'état est encore tel que je viens de vous le décrire. Le malade a été incontestablement amélioré par l'opération. Au lieu d'uriner et de déféquer par l'hypogastre, il urine par la verge et défèque par l'anus. Mais il n'est pas guéri.

M. Tuffier. — Voici un fait en partie superposable, à ceux qui vous ont été présentés et qui se trouve résumé ainsi dans la thèse de Pascal (1) :

« M. D..., alcoolique syphilitique, est un malade que j'avais opéré d'un rétrécissement de l'urètre environ un an auparavant.

« 28 juillet 1895. La présence d'une fistule vésico-intestinale était manifeste, puisque les matières passaient dans la vessie. Amaigrissement progressif. Le 29 juillet 1895, je pratique la taille hypogastrique. Je trouve bien une induration sur la face postéro-supérieure de la vessie, mais il m'est matériellement impossible de découvrir l'origine de la fistule.

« Le 4 octobre, nouvelle taille hypogastrique sans résultat bien marqué.

« Cependant il y eut des périodes de 10 à 15 jours pendant lesquelles il ne passa par la vessie aucune matière stercorale. Il est vrai que ces période coïncidaient avec une constipation complète. La fistule persistait et le malade menaçait de se suicider si les accidents continuaient. Après avoir pris l'avis de M. Terrier, je me décide à une deuxiéme intervention par laparotomie (16 décembre 1895).

« Les douleurs intestinales étaient extrêmement vives et les matières intestinales, du volume d'un haricot, et très dures, passaient par la vessie, provoquant parfois des rétentions diurnes.

« L'opération fut faite avec l'aide de M. Terrier. Nous trouvons l'anse oméga adhérente à la paroie supérieure de la vessie par un véritable tissu gommeux n'ayant nullement la consistance, la vascularisation ou l'adhérence d'un tissu néoplasique. La libération de l'anse effectuée je suture très facilement la perforation intestinale. M. Terrier me conseille de laisser la perforation vésicale non suturée. Malheureusement, au moment de fermer l'abdomen, un écarteur appuyé sur la vessie, fait sourdre à travers la perforation un flot de liquide infecté.

« On fait le drainage sus-vésical, on met une sonde à demeure. Le malade succombe à une péritonite suraiguë dans les quarante-huit heures. »

M. Bazy. — Si je prends la parole, c'est pour approuver la conduite qu'a tenue mon ami Walther. Quand on se trouve en présence

(1) In *Thèse* de Pascal (Paris 1900). « Des fistules vésico-intestinales acquises », p. 297, obs. 274.

d'une fistule vésico-intestinale, l'indication est d'ouvrir non la vessie, mais l'intestin : ouvrir la vessie est un non-sens car la fistule est entretenue et la vessie infectée par le passage des gaz et des matières fécales.

Je me suis trouvé en présence d'un cas de fistule vésico-intestinale.

Comme toujours, en pareille circonstance, on se trouve en présence d'individus à santé très précaire, souffrant affreusement et profondément infectés. Je vis le malade avec M. Monod et nous fûmes tout à fait d'accord qu'il se fallait nullement s'adresser à la vessie, mais faire uue laparotomie pour nous rendre compte des lésions. Il ne nous serait pas venu à l'idée de faire une taille hypogastrique. Nous trouvâmes une communication entre le rectum et la vessie, nous séparâmes la vessie du rectum et pûmes faire la suture séparée de la vessie et de l'intestin.

Malheureusement le malade est mort au bout de quelques jours d'accidents infectieux urinaires.

M. Terrier. — Je me demande si on ne pourrait mieux faire, et s'il ne serait pas indiqué de pratiquer un anus contre nature audessus de la lésion ; on pourrait ainsi obtenir une asepsie du foyer.

Je pense qu'il y a une différence considérable entre les déchirures du rectum pendant les opérations et les faits que l'on vient de citer. Dans le premier cas, il m'est arrivé bien souvent de faire la suture du rectum avec la pensée que la suture ne tiendrait pas ; puis on tamponne la plaie, on constipe la malade et on voit avec grand étonnement la plaie se fermer. Il en est autrement dans les inflammations du rectum, souvent très étendues, épaisses et rebelles à la suture.

M. Walther. — Il est certain que ces opérations sont toujours très laborieuses et que nous avons une certaine hésitation à les entreprendre chez des sujets qui sont dans un état forcément très précaire, en état de septicémie plus ou moins accentuée. J'ai moi-même tardé longtemps, comme je vous l'ai dit, à prendre cette détermination, espérant toujours une guérison spontanée.

A ma première intervention, je ne pouvais songer à faire aucune suture, je n'ai même pas pu trouver les orifices de la fistule. Tout s'est borné, comme je le supposais, à dégager aussi complètement que possible le bassin en enlevant l'utérus et les annexes, et j'ai pu faire ce que je m'étais proposé, séparer la vessie de l'intestin et transformer la fistule vésicale en fistule cutanée.

Dans la seconde opération, je n'ai pas vu non plus l'orifice vésical ; l'orifice fistuleux du rectum s'est fermé tout seul, comme il le fait d'ordinaire, comme vient de le rappeler M. Terrier. Si la

fistule stercorale n'a pas guéri à la suite de la première intervention, c'est qu'il y avait, en plus de la fistule rectale, une fistule large de l'intestin grêle.

A propos de cette dernière, je voudrais insister sur le bon résultat que m'a donné l'invagination du bout supérieur dans le bout inférieur; je suis convaincu qu'aucun autre procédé n'aurait été ici applicable. Lorsque l'anse intestinale est si profondément altérée, aucune suture ne tient et seule l'invagination me semble pouvoir donner un résultat satisfaisant. Je lui dois un autre succès récent, dans un cas où l'intestin, adhérent, friable, était largement ouvert au fond d'un ancien foyer pelvien.

Ectopie testiculaire abdominale. Orchidopexie.

M. WALTHER. — Je vous présente un jeune garçon de dix-sept ans qui est entré le 26 janvier dernier dans mon service à l'hôpital de la Pitié pour une ectopie testiculaire gauche.

Le testicule était contenu dans l'abdomen. Depuis trois ans environ, le malade ressentait à la région inguinale une douleur assez vive revenant par moments à l'occasion d'un effort (toux, éternument, effort pour soulever un fardeau). Depuis six mois, il avait porté un bandage.

Je n'ai pu arriver à sentir le testicule. Une seule fois, mon interne, M. Silhol, put, en faisant tousser à plusieurs reprises le malade, percevoir le choc d'un corps arrondi qui semblait bien être le testicule.

Le 7 février, je fis l'opération. Le canal inguinal très largement ouvert, je trouvai un cul-de-sac péritonéal, et, avec le doigt introduit dans l'abdomen, je pus ramener facilement le testicule mobile derrière la paroi. Il fut assez difficile de l'abaisser, il ne dépassait pas le canal inguinal. Après libération des brides périphériques au cordon, section progressive des éléments mêmes du cordon, je ne gardai que le canal déférent et un petit faisceau grêle antérieur comprenant l'artère spermatique. Des tractions assez fortes permirent, en allongeant ce cordon et le canal déférent qui semblait s'étirer pour ainsi dire sous l'effort, d'abaisser franchement le testicule.

La cloison des bourses incisée sur une petite étendue, le testicule fut passé dans cette boutonnière dont les lèvres furent suturées par un surjet de catgut.

Aujourd'hui, vous pouvez voir que le testicule est en bonne position, bien libre, au même niveau que le testicule droit. J'espère que ce résultat se maintiendra comme je l'ai constaté chez plu-

sieurs de mes opérés. Je vous montre ce résultat récent et vous demande la permission de vous représenter ce jeune garçon dans un an pour vérifier le résultat ultérieur de l'opération.

Ulcère calleux de la région pylorique de l'estomac. Pylorectomie par le procédé de Kocher. Guérison.

M. Lejars. — Il s'agit d'une malade de trente-quatre ans, qui me fut envoyée à l'hôpital Tenon, par mon confrère le Dr Légier, le 27 octobre 1902, dans un état fort alarmant de pâleur, d'amaigrissement et de cachexie.

Elle avait commencé à souffrir de l'estomac il y a environ huit ans; elle se rappelle nettement avoir eu, au début, des nausées sans vomissements, et de vives douleurs au creux épigastrique et dans le dos; les douleurs, se renouvelant plusieurs fois dans la journée, duraient une ou deux minutes au plus, et avec une acuité intolérable. Les divers traitements qu'elle suivit n'améliorèrent pas sensiblement son état.

Jusqu'en 1902, elle ne vomit jamais et ne remarqua jamais rien d'anormal quant à la couleur des garde-robes.

Elle commença à souffrir d'une façon presque continue et à vomir en janvier 1902 : peu à peu les douleurs d'estomac devinrent constantes, même au réveil, plus fortes environ un quart d'heure après le repas. Les vomissements, d'abord peu fréquents, survinrent deux ou trois fois par jour, et, à différentes reprises, la malade constata dans les matières vomies du liquide noirâtre, couleur de suie. En juillet, parut le méléna.

Au début d'octobre, M. Légier constatait une tumeur épigastrique, et nous adressait la malade.

Cette tumeur épigastrique était alors des plus nettes; elle siégeait au niveau de la région pylorique; elle était bosselée, dure, mobile dans la profondeur; elle présentait approximativement les dimensions d'un poing d'enfant. Non seulement on la délimitait aisément au palper, mais elle faisait relief sous la paroi très amaigrie. L'estomac était moyennement dilaté. Les vomissements étaient journaliers et l'alimentation à peu près nulle. Aussi l'état général était-il fort précaire, la peau d'un blanc jaunâtre; le poids ne dépassait pas 37 kilos.

Sans oublier la possibilité d'un ulcère calleux, nous avions de trop bonnes raisons de craindre un néoplasme, et ce fut dans ces conditions que la laparotomie fut pratiquée le 8 novembre 1902.

Sous le chloroforme, la tumeur épigastrique figurait une vous-

sure arrondie et saillante. Le ventre ouvert sur la ligne médiane sus-ombilicale, je trouvai une grosse tumeur blanchâtre, bosselée, dure, occupant le pylore et se prolongeant sur le segment voisin de l'estomac, sur une largeur de deux travers de doigt et demi environ; le reste de l'estomac, dilaté, était d'aspect normal; quelques petits ganglions étaient disséminés le long de la petite courbure. La tumeur était mobile; elle se laissait soulever sans peine, et je pris le parti de faire la pylorectomie.

Je la pratiquai par le procédé de Kocher : je découvris d'abord l'artère coronaire stomachique à la partie moyenne de la petite courbure, je la liai, et j'excisai trois ganglions adjacents; ceci fait, un barrage provisoire fut établi sur le duodénum et sur l'estomac, bien au delà des limites de la tumeur, et le segment intermédiaire fut libéré et enlevé. La tranche stomacale fut alors réunie, puis, à un doigt et demi en arrière, sur la face postérieure de l'estomac, une incision fut faite, et le bout duodénal — qui remonta sans difficulté — fut anastomosé. Réunion sans drainage.

Le sérum fut administré à haute dose, en lavements et sous la peau, dans les jours qui suivirent. Il n'y eut d'ailleurs pas d'incident, et l'alimentation liquide fut reprise progressivement, à partir du troisième jour.

Le 28 novembre, la malade quittait l'hôpital dans un état d'amélioration très rapide : elle pesait 44 kilos. Le 11 décembre, elle en pesait 47; le 20 janvier 1903, 52 kil. 700; elle en pèse aujourd'hui 55, ce qui fait, en somme, depuis quatre mois, un gain de 18 kilos. Les digestions sont excellentes, et l'aspect général des plus florissants.

Or l'examen de la tumeur pylorique a montré l'existence d'une plaque épaisse, dure, ulcérée à sa partie centrale, et entourée d'une épaisse gangue de tissu blanchâtre et ferme, qui se diffusait dans l'épaisseur de la paroi ambiante. L'examen histologique, pratiqué par notre collègue M. Ménétrier, lui a permis de conclure à un processus ulcéreux, sans aucune trace de néoplasme.

Il s'agissait donc d'un vieil ulcère calleux, formant tumeur, de la région pylorique de l'estomac.

M. Terrier. — Il y a déjà longtemps, j'ai vu, dans la même semaine, envoyées par M. Benjamin Anger, deux femmes atteintes de tumeurs ressemblant à des cancers.

Je fis la gastro-entérostomie, et les malades guérirent. Je ne critique pas M. Lejars, j'aurais fait comme lui, et j'ai encore dans mon service une malade que j'ai opérée par pylorectomie d'un ulcère; mais je ne fais pas le procédé de Kocher, qui n'est bon que

dans les cas où le duodénum est mobilisable et sain; je lui préfère le procédé de Billroth 2e manière.

M. Ricard. — Comme M. Terrier, je fais l'ablation du pylore douteux si l'opération est facile, et, dans les mêmes circonstances, je fais la gastro-entérostomie si le pylore est adhérent. Quant à la reconstitution du canal gastro-intestinal, je fais le procédé de Billroth 1re manière quand le duodénum est mobile, et le Billroth 2e manière s'il est fixé.

M. Tuffier. — Je partage l'opinion de MM. Terrier et Ricard. Après avoir fait le procédé de Kocher, je l'ai abandonné, et je pratique, suivant la mobilité pylorique, l'un ou l'autre des procédés de Billroth. La façon de traiter la tumeur est bien difficile à préciser. Dans un cas où la tumeur de l'estomac avait envahi le côlon, je fis la gastro-entérostomie, et mon malade est resté guéri depuis quatre ans. Il s'agissait donc d'un ulcère.

M. Lejars. — Je n'emploie le procédé de Kocher que dans les cas où il paraît simple; il en était ainsi chez mon opéré, où il m'a donné, d'ailleurs, un très bon résultat.

M. Arrou présente une malade à laquelle il a fait une *Résection économique pour une pseudo-tumeur blanche de l'épaule.*

Présentations de pièces.

M. Ricard. — Saphène interne variqueuse énorme, enlevée tout entière d'un seul tenant.

Inondation péritonéale due à une grossesse gémellaire de la trompe droite. — Laparotomie, ablation de la trompe et de l'ovaire droits.

M. Lucas-Championnière. — Ce matin, 11 mars 1903, j'ai trouvé dans mon service à l'Hôtel-Dieu une femme apportée pendant la nuit pour une prétendue attaque d'appendicite. Trente-six heures auparavant, elle avait été prise de douleurs violentes dans le ventre avec vomissements. Les douleurs étaient plus vives à droite. Elles se calmèrent dans la journée du 10, puis reprirent pendant la nuit.

A l'examen, il était facile de voir qu'il ne s'agissait pas d'appendicite, mais d'une hémorragie abdominale grave. Pâleur, pouls misérable, douleurs vives dans le ventre, ballonnement. Pas de

température, température à 36°5, plutôt au-dessous de la normale.

Un peu de calme dans les douleurs avait été obtenu par une pîpûre de morphine.

Au toucher, pas de tumeur appréciable. Le ballonnement rendait impossible tout examen par le ventre.

A l'ouverture du ventre, le sang liquide qui remplit une partie de l'abdomen s'écoule aisément. Puis des masses de caillots sont enlevés. La main plongée dans le bassin rencontre une masse assez volumineuse au-dessus de la corne droite de l'utérus.

Cette tumeur, qui n'est pas ouverte, peut être entraînée en haut. Mais au moment où elle arrive à l'ouverture abdominale, elle se déchire et deux fœtus s'en échappent, en même temps que du liquide amniotique. Un pédicule est formé rapidement au-dessous.

En effet, le sang coulait abondamment de la paroi du kyste non ouvert et continuait à couler depuis le commencement de l'opération.

La déchirure vasculaire qui était l'origine de l'hémorragie n'était pas due à une déchirure de toute la poche, comme on le rencontre habituellement, mais à une rupture vasculaire périphérique.

L'ovaire droit contenant un petit kyste fut enlevé, et le pédicule refait sur l'angle utérin. Le sac fœtal était constitué par la trompe droite tout entière.

L'abdomen nettoyé d'une énorme quantité de sang liquide et en caillots, l'ovaire et la trompe gauche sains sont laissés en place. Des adhérences dures et anciennes en arrière de l'utérus sont déchirées.

La femme, âgée de vingt-huit ans, est mariée depuis dix ans et n'a jamais eu d'enfants. Il n'y a de jumeaux ni dans sa famille ni dans celle de son mari.

Les fœtus ont une longueur de plus de 8 centimètres. On peut estimer qu'ils ont au moins trois mois. La femme aurait eu ses règles encore en janvier dernier. Toutefois, ces dernières règles auraient été de très peu de durée.

L'accident hémorragique n'aurait été précédé ni accompagné d'aucun écoulement vaginal, et par conséquent point de l'expulsion d'une caduque utérine.

Le secrétaire annuel,
TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 18 MARS 1903

Présidence de M. KIRMISSON.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. MORESTIN, qui demande à être inscrit sur la liste des candidats à la place déclarée vacante de membre titulaire de la Société de chirurgie.

3°. — Une lettre de M. le Dr BAUDOUIN secrétaire du Congrès international de Thalassothérapie, invitant la Société de chirurgie à se faire représenter à la session qui doit avoir lieu à Biarritz du 19 au 21 avril 1903.

4°. — Un travail de M. le Dr TOUSSAINT intitulé : *Un cas de myélite typhoïdique; symphyse cysto-intestinale.*

Ce travail est renvoyé à une commission dont M. TUFFIER est nommé rapporteur.

Décès de M. Bouilly.

M. Kirmisson prononce le discours suivant :

Messieurs et chers collègues,

C'est avec une profonde douleur que j'annonce officiellement à la Société de chirurgie la mort de notre cher collègue, de mon vieil et excellent ami, Bouilly. Président de notre Société, naguère encore il était au milieu de nous, et je n'ai point à vous rappeler quelle place importante il y tenait, de quelle légitime autorité il jouissait dans toutes les questions afférentes à la gynécologie. Sa diction nette et claire, exempte de toute prétention, rehaussait encore singulièrement la valeur de son argumentation.

Vous avez tous présente à l'esprit cette figure empreinte de finesse et d'une exquise bonhomie. Bienveillant et indulgent pour les autres, aimable envers tous, d'un caractère gai et enjoué, sans jamais aucune pointe de méchanceté ni d'aigreur, il conquérait d'emblée tous ceux qui entraient en contact avec lui. A ces excellentes qualités du cœur et de l'esprit, joignez tous les dons qui font le bon chirurgien. La marque de son intelligence était surtout un bon sens impertubable, une grande sûreté de jugement; d'une loyauté parfaite, il possédait en outre une remarquable habileté opératoire. Il n'est pas étonnant qu'avec un assemblage de qualilés aussi rares, Bouilly soit arrivé de bonne heure à une haute situation de clientèle. Son âge lui permettait d'espérer jouir encore pendant de longues années, au milieu de l'affection des siens, de la brillante situation qu'il s'était faite par son travail et par son talent, quand la mort aveugle et brutale est venue le frapper brusquement.

Lui, du moins, l'a regardée bien en face et sans pâlir. Soit qu'il présidât tranquillement, comme à l'ordinaire, nos séances, soit qu'il continuât, au milieu de terribles souffrances, à examiner des malades et à pratiquer les grandes opérations de la chirurgie, il cherchait, en prolongeant au-delà de ses forces son activité, à endormir la sollicitude des siens sur les caractères et les suites d'un mal, dont lui-même jugeait la nature avec une clarté parfaite et une effrayante précision. Ceux qui ne le connaissaient que superficiellement n'auraient peut-être pas supposé que, sous ce visage souriant, sous cette enveloppe d'apparence un peu molle, pût se cacher une pareille grandeur d'âme et une pareille fermeté. Ceux-là seuls qui, comme moi, ont pu suivre de près notre malheureux collègue, pendant les derniers mois de son existence, ont

pu se rendre compte de l'indomptable énergie morale et de l'admirable stoïcisme qu'il a déployé. Aussi, messieurs, au chagrin que nous cause la perte d'un collègue excellent, aux regrets que nous inspire la disparition d'un chirurgien de mérite, vient s'ajouter l'admiration, pour un si noble caractère, pour une âme si fortement trempée.

Cher et excellent ami, dans votre modestie, vous avez refusé l'étalage d'un cortège officiel et les discours d'apparat. Toutefois, je ne crois pas en ce moment transgresser vos volontés; car, ici, il n'est point de contrainte, point de pompe vaine. Mes paroles sortent du cœur, et sont l'expression même de ma pensée. Puissent-elles être un adoucissement au chagrin de tous ceux qui vous pleurent, parmi lesquels j'ose à peine évoquer l'image de votre chère et vénérée mère, à laquelle était réservée l'immense douleur de voir, au soir de sa vie, disparaître avant elle un fils bien-aimé!

La séance est levée en signe de deuil.

Le secrétaire annuel,
TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 25 MARS 1903

Présidence de M. KIRMISSON.

FACULTÉ DE MÉDECINE

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos de la luxation du coude.

M. PICQUÉ. — J'ai entendu avec le plus grand intérêt l'intéressante communication de notre collègue Lejars. Déjà en 1895 une discussion intéressante s'est élevée dans notre Société sur le traitement de la luxation irréductible à propos d'un rapport que j'avais présenté sur un cas de mon ancien interne Civel, de Brest.

Plusieurs points importants avaient été discutés par moi et mes collègues, entre autres les causes de l'irréductibilité, les limites de la réductibilité, ainsi que les indications de l'intervention sanglante.

Au point de vue du mode de l'intervention, je me suis rangé à la résection que je considère comme de beaucoup supérieure à l'arthrotomie dont les résultats, sauf dès le début, sont généralement mauvais au point de vue de la récupération des mouvements ; M. Lejars vient de nous formuler la même opinion.

Beaucoup de nos collègues se sont rangés en 1895 à cette manière de voir et M. Lucas-Championnière se fit à cette occasion

le défenseur des résections larges en proposant de pratiquer non pas l'hémirésection, mais la résection simultanée de l'extrémité inférieure de l'humérus et de l'extrémité supérieure du cubitus.

Tous ces points semblent désormais acquis au point qu'il paraît inutile d'y revenir. Je ne veux insister que sur deux points signalés par M. Lejars.

Notre collègue nous a préconisé le procédé de résection par incisions latérales en se basant sur ce fait que ce procédé évite la section du triceps et paraît seul susceptible, pour lui, de permettre une récupération totale des mouvements.

Or, j'ai toujours eu recours à l'incision médiane postérieure qui divise en deux parties le triceps et nécessite sa désinsertion au sommet de l'olécrane.

J'ai toujours observé de bons résultats fonctionnels que j'attribue, pour ma part, à la mobilisation très hâtive de la jointure.

Je crois qu'il est trop tard de faire la mobilisation le septième jour comme le conseille notre collègue ; c'est le deuxième jour que je la commence et je n'ai jamais vu le moindre trouble apporté par elle à la réunion par première intention.

Le plus beau cas de retour des mouvements que j'ai obtenu concerne une malade très agitée de mon service des aliénés qui, dès le réveil chloroformique, ne cessa malgré tous les moyens de contention de faire subir à son membre les mouvements les plus désordonnés. La réunion par première intention s'est faite sans difficulté et le résultat obtenu est si parfait qu'elle jouit actuellement de mouvements aussi étendus que du côté sain. Ce cas-là est bien fait pour démontrer ce qu'on peut attendre de la mobilisation immédiate sur laquelle a insisté avec juste raison M. Lucas-Championnière. Mais, si je pense que l'incision médiane postérieure du triceps avec désinsertion reste sans effet sur l'action ultérieure du triceps, je n'ai jamais osé, je dois l'avouer, pratiquer la résection de l'olécrane comme le conseille M. Lucas-Championnière, et je serai heureux d'avoir son avis très autorisé sur le résultat de cette opération au point de vue fonctionnel.

J'ai été frappé de ne pas voir notre collègue Lejars parler des difficultés réelles de l'incision médiane postérieure au point de vue de sa technique. Il y a là un point qui m'a toujours occupé et que je vous demande la permission de vous signaler en terminant.

Dans les lésions tuberculeuses du coude, qu'il faut absolument séparer à ce point de vue des luxations irréductibles, l'opération se fait avec la plus grande facilité.

Mais il n'en est plus de même quand il s'agit de la luxation en arrière, variété de beaucoup la plus fréquente.

Le siège très antérieur de l'épicondyle et de l'épitrochlée, joint à l'enchassement de l'extrémité inférieure de l'humérus par des tissus fibreux très résistants, rend très difficile le dégagement de cette extrémité. Peut-être à cet égard le procédé par incisions latérales constituerait un véritable procédé de choix. Le procédé postérieur ne semble, comme je l'ai dit, présenter aucun inconvénient en ce qui concerne la récupération des mouvements, si l'on pratique de suite la mobilisation, mais le procédé par incisions latérales pourrait donner des avantages au point de vue de la technique : je serai heureux d'avoir à cet égard l'opinion de nos collègues.

A propos des germes de l'air des salles d'opération.

M. Tuffier. — Les moyens dont nous disposons pour atténuer la présence des germes de l'atmosphère sont de deux ordres : des moyens mécaniques et des agents chimiques. MM. Quénu et Landel et M. Championnière se rallient aux agents chimiques dont l'eau oxygénée serait le prototype actuel. Pour ma part, j'ai toujours employé les agents physiques, et c'est à la vapeur d'eau simple bouillie que j'ai demandé la diminution des poussières atmosphériques. La vapeur d'eau se déposant sur les parois de la pièce où l'on opère constitue un agglutinant pour les poussières : elle agit donc physiquement. J'attachais une importance assez grande à ces germes quand j'opérais, comme je l'ai fait pendant longtemps, dans des conditions d'asepsie hospitalière déplorable. Elle en a moins actuellement que j'ai pu réaliser à Beaujon mes désirs de salle d'opération aseptique et installer là une prise de vapeur d'eau sur le générateur. Je n'avais pas vérifié jusqu'à présent la puissance de cette vaporisation au point de vue du nombre des germes contenus dans l'atmosphère ; vos récentes communications m'en ont donné l'occasion et j'ai fait, avec le concours de mon chef de laboratoire, M. Mauté, les expériences dont je vous donnerai le résultat.

Cette notion de la saturation de l'air par la vapeur d'eau est rationnelle, elle cadre avec tout ce que nous savons des moyens les plus simples pour supprimer les poussières. Elle m'a été enseignée autrefois à l'école de Terrier par M. Poupinel, il y a quinze ans, et je l'ai vue appliquée, en 1897, à l'étranger et notamment en Russie. Nous avions pu apprécier grossièrement autrefois l'influence de cette vaporisation en examinant les poussières

rendues visibles dans l'air d'une salle éclairée par une simple fente lumineuse. Cet examen, fait avant et après la pulvérisation, montrait une différence considérable en faveur de l'air saturé de vapeur d'eau. Voici les expériences qui nous ont permis de mesurer la quantité de ces germes.

Technique. — Ces expériences ont été faites au moyen de boîtes de Petri chargées de gélose et stérilisées avec les précautions d'usage, leur parfaite stérilisation étant vérifiée par un séjour préalable à l'étuve. La numération et l'examen des cultures ont été faits en général au bout de quarante-huit heures de séjour à l'étuve. Les diverses colonies présentant des aspects différents ont été examinées sur lames avec les procédés ordinaires de coloration, et réensemencées sur divers milieux afin d'arriver à une différenciation aussi complète que possible des diverses espèces.

La dimension des boîtes de Petri était identique pour chaque série d'expériences.

Les expériences ont été faites dans la même salle d'opération réservée aux opérations aseptiques, dans les trois conditions suivantes :

1° Sans aucune précaution spéciale ;

2° Après avoir rendu l'atmosphère humide par de la vapeur d'eau sous pression arrivant dans la salle pendant une demi-heure, suivant le procédé que nous avons indiqué précédemment ;

3° Après pulvérisation de 1 litre et demi d'eau oxygénée. Sauf dans quelques cas particuliers que nous indiquerons, les boîtes sont restées ouvertes pendant *une demi-heure*. Nous nous sommes placés dans les conditions habituelles où nous pratiquons habituellement les opérations. Le nombre des assistants a varié de 15 à 23, les portes de la salle d'opération n'étant ouvertes que pour les besoins stricts du service.

Pour rester autant que possible dans les conditions de la pratique habituelle, les assistants n'étaient même pas prévenus de la nature de nos recherches, et, par conséquent, ne prenaient à aucun moment de précaution spéciale. En général, les boîtes de Pétri étaient placées à côté du plateau d'instruments du chirurgien et de l'assistant.

4° Au préalable, nous avons fait quelques examens pendant que la salle restait vide, ou contenait seulement l'opérateur et son aide. En voici le résultat :

I. — Salle d'opération vide, la porte n'étant ouverte que pour déposer et reprendre les boîtes. Durée d'ouverture des boîtes : 1/2 heure.

La salle n'a pas été habitée depuis 24 heures.

Exp. I (12 décembre) :

Boîtes nos 1, 2, 3 . . . . 0 colonies.
Boîte n° 4 . . . . 2 —

Exp. II (15 janvier) :

Boîte n° 1 . . . . 0 colonies.
— n° 2 . . . . 0 —

II. — Exposition des boîtes pendant 10 minutes; le chirurgien et son aide seuls sont dans la salle et se tiennent assez éloignés de la table sur laquelle se trouvent les boîtes.

Exp. I. (20 janvier) :

Boîte n° 1 . . . . 5 colonies.
— n° 2 . . . . 2 —

Exp. II (22 janvier) :

Boîte n° 1 . . . . 4 colonies.

Exp. III (3 février) :

Boîte n° 1 . . . . 2 colonies.
— n° 2 . . . . 4 —

III. — La même expérience est pratiquée dans la salle vide, mais *après une séance opératoire de 2 heures*, et sans que l'air ait été renouvelé autrement que par la porte entr'ouverte pour laisser sortir les assistants, et refermée immédiatement après.

Boîte n° 1. . . . . 23 colonies.
— n° 2. . . . . 15 —

2°. — Mêmes expériences faites dans la même salle, mais pendant la durée des opérations, et sans qu'aucune précaution spéciale ait été prise. Durée d'ouverture des boîtes : 1/2 heure.

Exp. I (13 décembre) :

Boîte n° 1. . . . . 73 colonies.
— n° 2. . . . . 96 —

Exp. II (16 décembre) :

Boîte n° 1. . . . . 82 colonies.
— n° 2. . . . . 79 —

Exp. III (5 février). Deux séances opératoires. Durée de la première séance, 1/2 heure :

Boîte n° 1. . . . . 83 colonies.
— n° 2. . . . . 78 —

Pendant la durée de l'expérience, les portes ont été largement ouvertes, pour la sortie du premier opéré et l'entrée du 2e.

Deuxième séance, durée 1/2 heure :

Boîte n° 1 . . . . 69 colonies.
Moyenne par boîte : 80 colonies.

3°. — Mêmes expériences pratiquées dans la même salle, mais après arrivée de vapeur d'eau sous pression pendant 1/2 heure.

I. — (20 décembre). On commence l'expérience environ 1/2 *heure après* la fermeture du robinet de vapeur. Les murailles, les vitrages et le pavé sont mouillés. Durée d'ouverture des boîtes : 1/2 heure.

I. — Boîtes situées à côté de chaque plateau d'instruments :

Boîte n° 1 . . . . 16 colonies.
— n° 2 . . . . 9 —

II. — Une boîte placée par terre, dans un coin de la salle, plus éloignée de l'ambiance immédiate des assistants :

Boîte n° 1 . . . . 23 colonies.

II. — 23 décembre. Même conditions, *mais 1/4 d'heure seulement* de vapeur.

I. — Deux boîtes à côté de chaque plateau d'instruments :

Boîte n° 1 . . . . 38 colonies.
— n° 2 . . . . 42 —

II. — Deux boîtes placées sur des bancs, au milieu des assistants qui circulent un peu autour d'elles :

Boîte n° 1 . . . . 54 colonies.
— n° 2 . . . . 62 —

III — (22 janvier). Mêmes conditions. L'expérience est commencée seulement 1 *h.* 1/2 *après* la fermeture du robinet de vapeur.

Deux séries de boîtes sont exposées pendant 1/2 heure ; la première série au moment du début de l'opération et de l'entrée des assistants dans la salle ; la 2e série pendant les 20 minutes qui suivent :

Première série :

Boîte n° 1 . . . . 30 colonies.
— n° 2 . . . . 26 —

Deuxième série :

Boîte n° 1 . . . . 37 colonies.
— n° 2 . . . . 53 —

IV. — (24 janvier). Mêmes conditions : 3 séries de boîtes.

Première série (pendant la première 1/2 heure qui suit l'entrée de l'opéré) :

Boîte n° 1. . . . . 36 colonies.
— n° 2. . . . . 25 —

Deuxième série (pendant les 25 minutes qui suivent) :

Boîte n° 1 . . . . 31 colonies.

Troisième série (pendant les 20 minutes qui suivent, c'est-à-dire 50 minutes après le début des opérations) :

Boîte n° 1. . . . . 35 colonies.

Résultat moyen pris en bloc : 36,4 colonies par boîte.

4° — Mêmes conditions que précédemment, mais après pulvérisation de 1 litre 1/2 d'eau oxygénée; les pulvérisateurs ont été arrêtés 1/2 heure avant l'entrée du premier malade.

I. — 16 janvier : boîte n° 1	. . . .	29	colonies.
— n° 2	. . . .	50	—
II. — 18 janvier : boîte n° 1	. . . .	56	—
— n° 2	. . . .	41	—
III. — 24 janvier : boîte n° 1	. . . .	62	—
— n° 2	. . . .	49	—
IV. — 5 février : boîte n° 1	. . . .	62	—
— n° 2	. . . .	49	—

Moyenne par boîtes : 52,8 colonies.

Détermination des espèces microbiennes. — Les espèces que nous avons pu isoler sont, dans le groupe micrococcus :

1° Des espèces jaune-clair ou jaune-foncé ne liquéfiant pas la gélatine (micrococcus luteus, flavus, etc.);

2° Des espèces blanches moins fréquentes (micrococcus candidus);

3° Micrococcus versicolor;

4° Une fois un coccus blanc liquéfiant la gélatine, non pathogène pour le lapin;

5° Une fois des microcoques en staphylocoques se présentant sur gélose sous forme de fines colonies bleuâtres, troublant légèrement le bouillon en 24 heures, ne liquéfiant pas la gélatine et se décolorant par la méthode de Gram.

Parmi les bacilles, en nombre moindre, nous avons trouvé : B. subtilis, B. termo, B. figurans, B. fluorescens liquefaciens, B. flavus.

Ajoutons que nous avons trouvé indistinctement ces espèces, sur les diverses séries de boîtes.

Note complémentaire.

Pulvérisations d'eau oxygénée pendant le temps d'exposition des boîtes.

7 *mars* 1903. — Trois pulvérisateurs de Lucas-Championnière contenant de l'eau oxygénée sont mis en marche au commencement de l'opération; leur jet est dirigé du côté opposé à la table d'opération :

1° Deux boîtes de Pétri sont exposées en même temps, pendant 1/2 heure, sur les tables supportant les instruments et les compresses.

Première série (première 1/2 heure) :

Boîte n° 1 . . . . 26 colonies.
Boîte n° 2 . . . . 17 —

Deuxième série (deuxième 1/2 heure) :

Boîte n° 1 . . . . 12 colonies.
— n° 2 . . . . 15 —

2° Une autre boîte de Pétri est exposée, pendant le même temps, sur une tablette située à environ 1m80 du pulvérisateur, *mais dans la direction du jet.*

Boîte n° 1 . . . . 9 colonies.

3° Au bout d'une 1/2 heure de pulvérisations, il existe dans la salle une odeur piquante.

En somme, comme il fallait s'y attendre : A) Chaque pulvérisateur crée autour de lui une atmosphère *qui gêne le développement* des germes; il y en a d'autant moins que l'on se rapproche le plus du jet;

B) Mais, comme nous l'avons vu ailleurs, il n'en est plus de même lorsque la pulvérisation est faite *avant* l'exposition des boîtes;

C) Les espèces rencontrées sont les mêmes que dans les autres expériences; dans un cas seulement, sur la boîte qui a été exposée dans la direction même du jet, nous n'avons pas trouvé d'espèces jaunes.

Il semble résulter de ces expériences que :

1° Lorsqu'une salle d'opération, ordinairement réservée aux opérations aseptiques, reste close pendant longtemps, le nombre de

germes en suspension dans l'air s'abaisse beaucoup. Nous trouvons à peine 1 ou 2 colonies sur trois ou quatre boîtes de Petri exposées pendant une demi-heure.

2° Le nombre des microorganismes augmente d'autant plus que les assistants sont eux-mêmes plus nombreux (3 ou 4 colonies lorsqu'il n'y a qu'une ou deux personnes dans la salle, 30 ou 40 et plus, au contraire, pendant les opérations. Ce sont aussi les conclusions auxquelles sont arrivés MM. Quénu et Landel, dans le travail extrêmement documenté qu'ils viennent de donner à la Société de chirurgie, et celles de Heile (*Beiträge z. klin. Chirur.*, 1902, XXXII, 3) ; aussi tenons-nous à ce que les élèves et les assistants n'entrent dans la salle d'opération qu'au dernier moment, et que le malade soit préparé dans une pièce voisine.

3° Dans une même séance, et *dans les mêmes conditions*, le nombre de germes ne nous a pas paru beaucoup plus considérable à la fin qu'au commencement.

4° Les germes diminuent *dans une atmosphère humide*, qu'il s'agisse de pulvérisations *antiseptiques* (eau oxygénée) ou de *vapeur d'eau sous pression*. C'est ainsi que, si nous considérons les moyennes obtenues, nous trouvons 80 colonies par boîte lorsque l'air est sec, 52,8 après une pulvérisation d'eau oxygénée, et 36,4 après arrivée de vapeur d'eau (ces résultats s'appliquent à l'examen fait dans la salle *habitée*), et c'est là notre seule conclusion pratique, ou plutôt la justification de la pratique que nous suivons depuis bien des années à l'hôpital et surtout en ville.

Si nous trouvons une différence aussi sensible entre la vapeur d'eau et l'eau oxygénée en faveur de la vapeur d'eau, le fait nous paraît dû à ce que nous n'obtenions avec 1 litre et demi d'eau oxygénée qu'une humidité relative, en tout cas très inférieure à celle fournie par le jet puissant de vapeur d'eau sous pression qui nous donne au bout d'une demi-heure une atmosphère absolument humide. (Voy. note complémentaire) où nous arrivons à 12 colonies après pulvérisation suffisante.

5° Quels que soient les moyens employés, il paraît impossible d'obtenir un air absolument privé de microorganismes. Le danger ne paraît pas bien réel du reste, puisque les microbes trouvés sont presque toujours des saprophytes de l'air, et cela nous ramène à la vérité pastorienne qui commence par ces paroles mémorables :

« *Si j'avais l'honneur d'être chirurgien, pénétré comme je le suis des dangers auxquels exposent les germes des microbes répandus à la surface de tous les objets, particulièrement dans les hôpitaux, non*

seulement je ne me servirais que d'instruments d'une propreté parfaite, mais, après avoir nettoyé mes mains avec le plus grand soin et les avoir soumises à un flambage rapide, ce qui n'expose pas à plus d'inconvénients que n'en éprouve le fumeur qui fait passer un charbon ardent d'une main dans l'autre, je n'emploierais que de la charpie, des bandelettes, des éponges préalablement exposées dans un air porté à la température de 130 à 150 degrés, je n'emploierais jamais qu'une eau qui aurait subi la température de 110 à 120 degrés. Tout cela est très pratique. De cette manière, je n'aurais à craindre que les germes en suspension dans l'air autour du lit du malade; mais l'observation nous montre chaque jour que le nombre de ces germes est pour ainsi dire insignifiant à côté de ceux qui sont répandus dans les poussières, à la surface des objets ou dans les eaux communes les plus limpides. » (LOUIS PASTEUR).

C'est il y a vingt-cinq ans, à la séance de l'Académie du 30 avril 1878, que le créateur de l'asepsie prononçait ces paroles; c'est encore un très grand honneur pour nous d'avoir à les confirmer.

M. QUÉNU. — M. Broca s'est demandé si c'est pour l'approuver ou la désapprouver que j'ai rappelé la phrase qu'il avait prononcée le 27 juin 1902, au cours de la discussion sur l'asepsie opératoire, à savoir : « Avec un peu d'attention, un chirurgien imbu des principes de la méthode aseptique doit pouvoir opérer n'importe quoi, à peu près n'importe où. » Les conclusions de notre travail répondent pour nous ; nous considérons cette proposition sinon comme complètement erronée, du moins comme entachée d'erreur.

Très loin de nous a été la pensée d'exagérer le rôle de l'air dans la contamination des plaies : ce rôle, nous l'avons dit et redit, est tout à fait à l'arrière-plan, c'est un rôle effacé. Je ne crois pas avoir besoin de faire ici une profession de foi sur l'importance primordiale du contact direct de la plaie avec l'instrumentation ou les doigts du chirurgien. Nous avons eu soin de mettre les choses à leur place au début même de notre communication.

La question est différente, elle est de savoir : si la contamination de l'air a une influence nulle sur un résultat opératoire, si elle est pratiquement négligeable, et si cette nullité est constante.

Dans la grande majorité des cas, nous l'accordons, cette influence de l'air contaminé est négligeable, d'une part parce que les germes se modifient rapidement au contact de l'air et du soleil, et que leur virulence s'atténue considérablement ; d'autre part, parce que les poussières qui les renferment se déposent en

les entraînant, et c'est ainsi que, dans une salle de septiques, on a pu voir le nombre de germes aériens devenir inférieur à celui d'une salle quelconque, parce qu'on s'y tenait tranquille, résultat positif qui n'a rien de contradictoire, quoi qu'en puisse penser mon ami M. Bazy. En troisième lieu enfin, intervient à la surface des plaies le pouvoir phagocytaire des cellules lymphatiques, comme en témoignent les classiques expériences de Nöggerath que rappelait M. Lejars dans son intéressante analyse de la *Semaine médicale* (1) :

En énumérant ces restrictions, je viens précisément de formuler les conditions dans lesquelles la composition de l'air est négligeable, à savoir :

1° L'aération et l'ensoleillement préalables de la pièce d'opération ;

2° L'absence de mouvement et de poussières dans cette pièce ;

3° Un pouvoir phagocytaire de l'opéré normal, comparable à celui des cochons d'Inde sur lesquels expérimentait Nöggerath pouvoir qui dépend et de la nature de l'opération et de l'organe opéré et de l'état général de l'opéré.

Nous ne pouvons pas constamment réunir ces conditions, il n'est pas nécessaire de secouer les rideaux et les tentures pour qu'il voltige dans l'atmosphère d'innombrables particules poussiéreuses, il suffit d'observer ce que nous révèle la pénétration dans une chambre d'un simple rayon de soleil. Je n'ai jamais fait de distinction entre l'air et ce qu'il charrie et il est bien évident que lorsque nous parlions de la composition de l'air, Landel et moi, nous y comprenions les grosses et les petites poussières. Irez-vous asperger les murs et le parquet? C'est bon pour une salle d'opérations, mais pour une chambre, c'est impraticable; il est plus simple de pulvériser.

Nous avons suffisamment insisté sur l'importance de l'état de saturation de l'air (2); il est encore possible de réduire plus la teneur des germes de l'air humide, en substituant l'eau oxygénée à l'eau simple, vaporisée ou lancée contre les murs, voilà ce que démontrent nos expériences.

Nous comprenons d'ailleurs qu'on utilise d'autres substances que l'eau oxygénée, qu'on ait recours au chloroformol avec la correction de ses inconvénients par l'ammoniaque comme nous l'a rappelé M. Walther, ou encore à la formacétone.

Nous avons ajouté à la liste des substances usitées l'eau oxygénée dont l'action est très suffisante et dont l'emploi ne néces-

(1) *Semaine médicale*, 31 décembre 1902.
(2) *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 10 décembre 1902, p. 1209.

site qu'un modeste pulvérisateur; nous n'avons pas voulu prétendre autre chose.

M. Bazy a fait une légère confusion en prétendant que, sur huit cultures, une seule était pathogène. Non, nous avons observé que sur 9 lapins inoculés avec des cultures suspectes, 2 réagirent et présentèrent un abcès au point inoculé : cela fait donc 2 cas sur 9 et non 1 cas sur 8.

Mais à ces deux cas positifs il convient encore d'ajouter un résultat positif sur 8, résultat obtenu en utilisant comme agent d'inoculation les cultures de poussières tombées sur les tablettes de verre préparées d'avance. Cela nous donne donc 3 résultats positifs sur 17 expériences, c'est quelque chose.

A côté des résultats expérimentaux, nous avons invoqué la dissémination par l'air du pyocyanique; nos observations ont été faites de telle sorte qu'il nous était possible d'éliminer une cause d'erreur importante, le transport de ce microbe par les mains et les objets de pansement.

M. Bazy conteste la valeur de cet argument clinique en disant : « Le pyocyanique est partout, et pour le mettre en évidence il suffit de panser les plaies à l'eau oxygénée. » Voilà une affirmation bien téméraire. Comment, nous faisons des expériences pendant deux années, nous utilisons plus de 300 boîtes de Petri dans les différentes parties du service, nous ne découvrons de pyocyanique ni dans la salle d'opération, ni dans aucune salle, même à la salle Richet où sont répartis les suppurants, et la plupart sont pansés ou lavés avec l'eau oxygénée, qui est à peu près le seul antiseptique que nous employons; nous ne découvrons nulle part de pyocyanique. Alors entre dans la salle Richet, en octobre 1902, une malade atteinte d'une tumeur blanche ulcérée du coude, dans un état de saleté épouvantable, et avec du pus bleu sur son ulcère, et c'est seulement à partir de ce moment que, d'une part, l'air de la salle Richet renferme du pyocyanique, et que, d'autre part, deux malades, l'une ayant un anus contre nature, l'autre ayant un érysipèle phlycténoïde, voient apparaître le pus bleu sur leurs excoriations, et vous trouvez que ces faits n'ont aucune valeur?

Je crois pouvoir raisonnablement conclure, sans aucune exagération, que, dans un milieu contaminé, l'air, avec les poussières qu'il tient en suspension, peut contenir des germes pathogènes. Reste le dernier argument, celui tiré des cobayes de Noggerath. Le peu de germes pathogènes de l'air sera détruit par les cellules lymphatiques de la plaie.

Assurément, dans la plupart des cas, les choses se passeront ainsi, mais, lorsque nous aurons à longuement opérer un débile,

un albuminurique, un diabétique, qui donc pourra se targuer du pouvoir défensif de tels malades? La tâche restera suffisamment lourde pour l'opéré; c'est assez qu'il se débarrasse de ses produits d'auto-intoxication, non compté l'anesthésique; n'ajoutons rien à sa surcharge. Je conclus qu'il est des circonstances où il est bon d'accumuler autour d'une opération toutes les conditions réduisant l'aléa au minimum.

M. Lucas-Championnière, lui, ne conteste pas ces vérités, mais il en tire des conclusions autres que les nôtres. A la salle d'opération, il n'a cure des germes de l'air puisqu'il les noie dans la plaie sous des flots antiseptiques; mais, dans la salle d'hôpital, les germes seraient nuisibles au moment du pansement; il conclut à la résurrection du spray pendant les pansements.

Nous n'envisageons évidemment pas la réparation des plaies sous le même jour. A la salle d'opération, nous condamnons toute pratique qui met au contact des éléments anatomiques réputés sains, une substance chimique irritante quelconque; nous appelons cela tirer sur ses troupes; l'antiseptique par excellence, c'est le leucocyte; il ne faut pas le sacrifier ou lui nuire sous le vain prétexte de l'aider en tuant quelques germes. Toute la doctrine de l'asepsie découle de cette proposition et toute la pratique consiste à écarter de la plaie tout apport de germes, par quelque voie que ce soit. Il est donc logique d'avoir un milieu opératoire aussi pur que possible.

Mais lorsque l'opération est terminée et que vingt-quatre heures ou plus ont passé sur une plaie suturée, nous ne redoutons plus la contamination. Nous ne croyons pas beaucoup aux infections secondaires de plaies suturées; les points de suture qui suppurent tardivement sont ceux dont l'inoculation remonte à l'opération elle-même; il est remarquable même de voir à quel degré une ligne de suture résiste à la contamination : les malades dérangent leurs pansements, les souillent même (1) et la plaie se réunit quand même partout si elle est pansée à sec. Donc, à mon avis, lorsqu'on enlève les fils de bonne heure, avant qu'ils ne coupent et n'ulcèrent la peau, les infections secondaires des plaies suturées sont exceptionnelles et l'influence du milieu devient négligeable.

En résumé, fidèles à notre conception de l'asepsie, nous évitons de mettre en présence des éléments anatomiques mis à nu, des substances quelconques destinées à nuire aux microbes, mais en

(1) Picqué. *Bulletin Soc. Chir.*, 6 juin 1900 : « Il s'agit d'un aliéné auquel je pratique la cure radicale d'une hydrocèle; chaque jour le malade enlève son pansement et barbouille ma ligne de sutures de matières fécales; la réunion immédiate a été obtenue. »

réalité nuisibles aux cellules vivantes. Nous faisons l'asepsie de la plaie. Nous faisons l'antisepsie de tout ce qui a pu ou peut la toucher (1).

C'est à ce titre que nous avons cru devoir compléter notre technique en prenant quelque souci du milieu opératoire, tout en accordant de beaucoup dans nos préoccupations, la première place à l'appareil instrumental, aux mains du chirurgien, et à la peau des malades.

M. Bazy. — Je ne voudrais pas avoir l'air d'avoir travesti la pensée de M. Quénu.

Quand j'ai dit qu'il y avait 1 culture virulente sur 8, j'ai, je crois, dit la vérité.

M. Quénu a pris 8 cultures et 8 lapins : il a inoculé chaque culture à un lapin correspondant et a obtenu un résultat positif sur 8 inoculations, puis il a réuni toutes les cultures et a inoculé ce mélange, il a obtenu un résultat positif. Cela n'a rien d'étonnant, il aurait pu en variant la façon de réunir les cultures obtenir 9 résultats positifs sur 9.

Le seul fait qu'il y a une culture virulente dans ce mélange devait le rendre *virulent*.

M. Quénu. — Il m'a paru intéressant, étant donné les travaux des microbiologistes sur les associations microbiennes, d'injecter à un neuvième lapin une culture de plusieurs espèces réunies; cela me paraît constituer une expérience différente et non une superfétation; je n'ai rien à faire observer sur les expériences de M. Tuffier qui sont en tout confirmatives des miennes.

Communication.

M. Motais lit une communication sur le *Traitement du ptosis*.

Cette communication ayant été faite la veille à l'Académie de médecine, il n'y aura pas de rapport.

(1) Stériliser à la chaleur est en effet faire de l'antisepsie.

Rapports.

Un cas de suture artérielle, par M. PIERRE WIART.

Rapport par M. PIERRE DELBET.

M. Wiart nous a adressé une observation de suture d'une plaie latérale de l'artère iliaque externe. C'est là un document intéressant qui mérite d'être consigné en détail dans nos bulletins.

L'artère iliaque avait été blessée au cours d'une cure radicale de hernie inguinale du côté droit. L'opérateur, affolé, fit chercher M. Wiart, qui, à son arrivée, trouva les choses dans l'état suivant :

« La plaie opératoire, large et presque transversale, avait été agrandie au moyen d'une incision verticale de quelques centimètres, suivant la direction de l'artère fémorale. L'arcade crurale avait été sectionnée, et quelques pinces placées un peu au hasard dans la profondeur. Une forte compression, faite avec des tampons, arrêtait momentanément l'hémorragie. »

M. Wiart enlève les tampons, décolle le péritoine, le récline et constate que c'est l'artère iliaque externe qui saigne. Il saisit le vaisseau au-dessus et au-dessous du point lésé avec des pinces de Kocher caoutchoutées. L'hémorragie étant ainsi complètement arrêtée, il peut, en disséquant la gaine adventice infiltrée de sang, reconnaître le siège et la disposition de la plaie artérielle.

Elle était située sur le bord interne du vaisseau, un peu au-dessus de la naissance de la circonflexe iliaque, qui était elle-même sectionnée. Sa forme était ovalaire et son grand axe, parallèle à celui de l'artère, mesurait de 4 à 5 millimètres.

M. Wiart entreprit de la suturer. Son intention était de passer des points non perforants, suivant la technique qui a été recommandée par tous les expérimentateurs. Mais avec le matériel dont il disposait, la petite aiguille de Reverdin pour suture intestinale, cela ne lui fut pas possible. C'est donc des *points perforants* qu'il plaça ; il en fit trois avec de la soie fine. Par-dessus ces trois points, il exécuta une suture soignée de la gaine adventice avec la même soie et sur une longueur d'un centimètre et demi.

Au moment d'enlever les pinces de Kocher, il exerça une légère compression avec un tampon. Celui-ci étant retiré et le cours du sang rétabli, l'hémostase se montra parfaite, aucun suintement ne se fit par les points de suture.

La brèche de la paroi abdominale fut réparée partiellement et largement drainée. Il se produisit une légère suppuration qui se tarit assez rapidement. Trente-cinq jours après l'opération, soit

le 10 décembre 1901, le malade partait pour Vincennes en bon état.

A aucun moment, l'examen le plus attentif n'avait révélé le moindre trouble circulatoire dans le membre. Les battements des artères étaient aussi forts que du côté sain; la température était égale des deux côtés. Il survint seulement le second jour quelques douleurs légères dans la cuisse et dans la jambe.

Le malade a été revu au mois de juin 1902, soit huit mois après l'opération. Voici ce que M. Wiart a constaté à cette époque :

« L'artère fémorale bat d'une façon très nette et très visible sur une longueur de 4 à 5 centimètres au-dessous du niveau de l'arcade crurale. Les battements sont même beaucoup plus facilement perceptibles à la vue que ceux du côté opposé, ce qui tient probablement à ce que, l'arcade crurale ayant été coupée, l'artère est plus superficielle. L'artère ne paraît pas dilatée. A 5 centimètres de sa naissance, l'artère ne bat plus d'une façon sensible alors qu'on la sent facilement au point correspondant du côté opposé, et tout permet de croire que l'artère a été oblitérée à ce niveau-là. Cela a été l'impression de M. Tillaux comme la mienne. »

Il paraît donc certain que l'artère fémorale s'est oblitérée secondairement au niveau de sa bifurcation. C'est sans doute pour cela que les battements dans la partie restée perméable paraissaient plus forts que du côté sain.

Bien que la plaie artérielle fût de petite dimension, cette observation est intéressante.

M. Wiart a obtenu une hémostase parfaite avec des points perforants. Ceci est digne de remarque. J'ai fait autrefois de nombreuses expériences de suture artérielle sur des chiens, et, toutes les fois que j'ai placé des points perforants, j'ai vu une hémorragie se faire par chaque piqûre. Non seulement le sang sortait en bavant, mais il se produisait en général un véritable jet, parce que chaque orifice s'agrandissait sous l'influence de l'élasticité de la paroi artérielle et n'était plus rempli par le fil. Dans le cas de M. Wiart, les choses se sont passées autrement : il n'est pas sorti une goutte de sang. A quoi tient cette différence? Les artères de l'homme sont-elles à la fois plus résistantes et moins élastiques que celles du chien? Les apparences ne sont pas favorables à cette hypothèse. Ne serait-ce pas plutôt qu'il s'agissait d'une plaie très petite et que, par suite, la traction exercée par les fils était faible. Quoi qu'il en soit, je ne crois pas qu'on puisse s'autoriser de ce cas pour préconiser les points perforants dans les sutures artérielles.

Car, en admettant même qu'ils assurent l'hémostase, ils ont un

autre inconvénient, c'est de former un point d'appel pour la coagulation.

Dans le fait de M. Wiart, l'artère ne s'est pas oblitérée au niveau de la suture; c'est parfait, et d'autant plus frappant qu'il y a eu de la suppuration; elle ne s'est pas non plus dilatée, on l'a constaté huit mois après l'opération.

Mais il s'est produit une oblitération à distance, dans la région où la fémorale se bifurque, c'est-à-dire en un point où la suppression du courant sanguin est particulièrement dangereuse. Ceci est impressionnant.

Cet homme n'avait aucune raison pour faire une thrombose artérielle : il était jeune, vingt-cinq ans, et bien portant. Il est donc impossible de ne pas voir une relation directe entre l'oblitération survenue au niveau de la bifurcation de la fémorale et la suture faite sur l'iliaque externe. De quelle nature cette relation? N'est-il pas singulièrement probable qu'un caillot, détaché des points de suture est venu enfourcher l'éperon de bifurcation de la fémorale primitive en ses deux branches? Rien dans l'histoire du malade ne permet de penser que l'oblitération ait été brusquement totale. Mais un petit caillot, non oblitérant, accroché sur l'éperon, a pu se compléter plus tard.

De cette succession d'événements, singulièrement probable, sinon certaine, il n'y a évidemment rien à conclure de neuf; mais on peut y voir, ce me semble, une confirmation de l'importance du précepte qui a été formulé par tous ceux qui se sont occupés de suture, artérielle et qui est d'éviter les points perforants.

M. Wiart termine sa courte note en insistant sur la nécessité de faire une suture soignée de la gaine adventice. Je suis tout à fait de son avis sur ce point, et je termine moi-même en vous proposant de lui envoyer nos remerciements pour son intéressante observation.

M. Ricard. — Je ferai remarquer à M. Delbet que les sutures artérielles sont souvent perforantes, quoi qu'on fasse, et qu'une coagulation sanguine oblitérant la lumière du vaisseau n'en est pas nécessairement la conséquence.

Je me permettrai de rappeler le cas d'une de mes malades opérée d'une récidive axillaire d'un cancer du sein, malade que j'ai présentée à la Société. En disséquant des paquets ganglionnaires adhérents, j'ai du inciser l'artère axillaire.

Je pratiquai immédiatement la suture. Je pensais qu'aucun des points n'était perforant. Quelques mois plus tard la malade succomba à la généralisation cancéreuse et l'autopsie démontra la

parfaite perméabilité de l'artère, bien que l'un des points eût été perforant.

A ce sujet, je ferai connaître un incident opératoire qui m'est survenu au cours d'une salpingectomie double, consécutive à une infection puerpérale. Au cours de la décortication pénible de la poche suppurée je dus mettre une pince sur un pédicule que je pensais être le pédicule de l'artère utéro-ovarienne. Mais un hématome qui survint aussitôt sous les griffes de ma pince me montra que j'avais lésé un gros vaisseau. Rapidement, je fendis le péritoine, essuyai l'hématome et vis sourdre le sang par plusieurs orifices de l'iliaque externe. Je plaçai des compresses sur l'artère dénudée, pendant que je préparais mes fils et mes aiguilles pour pratiquer la suture, mais en enlevant mes compresses je vis que l'hémorragie s'était arrêtée, et, à la fin de l'opération, l'hémostase était resté parfaite. Aucune suite fâcheuse ne survint après cet incident opératoire.

Ce fait d'hémostase spontanée de petites blessures d'une grosse artère méritait d'être signalé dans cette discussion.

M. Lejars. — J'ai fait une suture artérielle assez étendue chez un malade dont je vous ai présenté l'observation l'année dernière (1), et auquel j'avais cherché à « déboucher » l'artère fémorale obturée à la suite d'une attrition sous-cutanée directe. Or, j'ai pu constater, au cours de cette suture, qu'il était très difficile de ne pas faire de points perforants, et je ne suis pas loin de croire, qu'en pratique, lorsqu'il s'agit d'une plaie artérielle de quelque longueur, on est presque toujours amené à traverser toutes les tuniques, au niveau de quelques-unes des sutures, tout au moins. — Ces points perforants ne sont pas inoffensifs, et souvent ils déterminent la formation de caillots, et ultérieurement d'embolies. Lorsque la suture porte sur une veine, les mêmes résultats doivent se produire, et cependant on trouve de nombreux exemples de sutures veineuses suivies d'une guérison parfaite, alors que précisément, les points de réunion sont presque toujours perforants, en pareil cas, et même qu'un bon nombre d'opérateurs recommandent de faire, de parti pris, pour les veines, la suture totale, transpariétale, perforante. Mais, pour les veines, les conditions sont fort différentes, et nous savons bien que des embolies de petit volume peuvent ne créer que des accidents tout-à-fait atténués, ou même passer inaperçues. Dans une grosse artère, au contraire, lorsqu'un caillot, fût-il petit, se déplace, il est chassé à la périphérie, vers des voies plus étroites, où fatalement il s'arrête et cause des oblitérations de gravité variable.

(1) *Société de Chirurgie*, 21 mai 1902, p. 609.

La question de pratique peut donc se résumer comme il suit : nous devons nous efforcer, pour les artères, de faire la réunion non perforante. Or, en réalité, elle semble rarement exécutable, et il y a lieu de se demander, si, dès lors, devant cette quasi impossibilité technique, la ligature ne vaudrait pas mieux et ne serait pas plus bénigne, au moins dans un certain nombre de cas.

M. Pierre Delbet. — Les cas que vient de rappeler mon ami Ricard sont très intéressants. Dans le premier, peut-être l'artère, envahie par le néoplasme, avait-elle perdu une partie de son élasticité, ce qui expliquerait que les points perforants aient pu être hémostatiques.

Le second me paraît plus remarquable. L'artère avait été perforée et mâchée par des pinces, et cependant l'hémostase spontanée s'est faite instantanément, hémostase qui ne peut s'expliquer que par la coagulation du sang. Cette question de la coagulation joue là un rôle prépondérant, et la coagulabilité du sang est extrêmement variable, non seulement suivant les espèces animales, mais dans la même espèce, suivant les individus. C'est là ce qui rend les cas difficilement comparables. Il me paraît probable que la malade de Ricard avait le sang très coagulable.

Mon ami Lejars nous a dit des choses très intéressantes. Je ne le suivrai pas sur le terrain de la suture veineuse, qui n'est pas actuellement en cause. Mais à propos de la suture artérielle, il a abordé le point qui fait le fond même de la question, et que j'avais laissé de côté parce que je ne suis pas fixé sur la solution qu'il comporte.

Lejars nous a dit qu'il était très difficile de passer des points non perforants. Je le crois bien. Pour ma part, je n'y ai jamais réussi. C'est à peine si, dans mes expériences sur les chiens, j'arrivais à passer un point sur deux sans perforer la paroi. J'ai bien réussi à oblitérer des plaies latérales, mais ce n'est pas le but que je me proposais. J'avais pour objectif de faire des greffes d'organe ; pour cela, il fallait faire des sutures circulaires. Eh bien, quand j'avais sectionné la fémorale d'un chien et rapproché les deux bouts, il sortait de chaque point de suture un jet de sang. Évidemment, cette hémorragie n'était pas terrible et elle s'arrêtait, car le chien a le sang très coagulable, mais l'artère avait de grandes chances de s'oblitérer.

Le gros point, c'est celui-là. Étant donné qu'on ne peut jamais être sûr d'éviter les points perforants, y a-t-il intérêt à faire des sutures au lieu de ligatures? Lejars a dit qu'il ne le croyait pas. Je suis de son avis.

Il y a, en somme, extrêmement peu d'artères dont la ligature

soit dangereuse. Je ne parle pas, bien entendu, des ligatures à distance, ni des ligatures pour anévrismes. Mais dans les cas de plaies, lorsqu'on fait la ligature au ras de la blessure, lorsqu'on la fait aseptique, il est infiniment rare qu'il survienne de la gangrène. Quand on fait la suture à points perforants, on peut toujours craindre qu'un caillot formé au niveau des points de suture se détache et aille s'arrêter dans un endroit où l'arrêt de la circulation est plus dangereux.

N'est-ce pas ce qui s'est passé dans le cas que je viens de vous rapporter ? La blessure portait sur l'iliaque externe, et la ligature de ce vaisseau n'amène pour ainsi dire jamais la gangrène. Or, voilà que l'oblitération s'est faite au niveau de la bifurcation de la fémorale commune en ses deux branches, c'est-à-dire en un point où l'arrêt de la circulation est infiniment plus dangereux.

Ce danger des embolies me paraît fort sérieux, et je me demande si, dans bien des cas, on ne fait pas courir plus de risque au malade en faisant une suture qu'en faisant une ligature. Cette grave question, Messieurs, je ne l'avais pas abordée dans mon court rapport, parce que, après y avoir longuement réfléchi, après avoir étudié les nombreux travaux qui ont été publiés sur les sutures artérielles, je ne suis pas arrivé à me faire une opinion sur elle.

Ce que je viens de vous dire, c'est mon sentiment, mais rien de plus. Ce n'est pas une certitude, pas même une conviction scientifique. Je crois, qu'on viendra, dans bien des cas, à préférer la ligature à la suture, mais ce sont les faits seuls qui pourront nous renseigner sur ce point.

M. Bazy. — Puisque la comparaison de la ligature et de la suture artérielle dans les cas de plaie latérale d'une artère vient en discussion, je rappellerai un fait qui peut avoir son importance.

J'ai eu en 1898, alors que j'étais chirurgien à l'hôpital Saint-Louis, à enlever des ganglions iliaques.

En extirpant les ganglions couchés sur l'artère iliaque externe je déchirai deux petits vaisseaux naissant directement de cette artère ; pour arrêter le sang, je dus pincer des vaisseaux, et les ligatures, qui remplacèrent les pinces, devinrent des ligatures latérales de l'artère.

Or, quand ces ligatures furent placées, je m'aperçus, en mettant le doigt sur l'artère au-dessous, qu'on n'y percevait pas de battement. Le sang passait peut-être, mais, cliniquement, il ne passait pas.

Je fus très préoccupé de cette situation. Je traitai le malade

comme si la ligature eût été complète : enveloppement dans des sacs de sable chaud. Je le surveillai avec beaucoup d'attention : il ne se produisit pas le plus petit incident. J'avais conservé ce fait par devers moi, de sorte que quand je voyais présenter ici des malades à qui on avait fait des sutures artérielles, je me disais, à part moi : à quoi bon? Pourquoi ne pas faire simplement une ligature ?

J'ai eu l'occasion de réséquer 5 centimètres d'artère axillaire à un malade à qui je faisais une extirpation d'un épithélioma de l'aisselle : le résultat a été parfait; il est vrai que ce cas n'est pas comparable aux cas traumatiques, parce qu'ici il y avait probablement une oblitération de l'artère par le néoplasme.

Présentations de malades.

Hémirésection du coude pour une luxation irréductible.

M. KIRMISSON. — Messieurs, à propos de la discussion qui s'est engagée sur le traitement des luxations irréductibles du coude, j'ai l'honneur de vous présenter une jeune fille de quatorze ans, chez laquelle j'ai pratiqué, le 25 février 1902, une hémirésection du coude droit pour une luxation ancienne datant d'un mois. Je suis en effet, dans les résections orthopédiques, très partisan de l'hémirésection, qui m'a fourni plusieurs fois des résultats avantageux.

Chez cette jeune fille, l'avant-bras était en extension complète sur le bras; les mouvements de flexion ne dépassaient pas 25°. Il y avait de l'hyperextension. La trochlée et l'épitrochlée faisaient en avant et en dedans une saillie anormale, tandis que le condyle huméral et les os de l'avant-bras étaient reportés en haut, en arrière et en dehors.

Le 25 février 1902, la malade étant endormie, je commence par faire des tentatives de flexion forcée de l'avant-bras, pendant lesquelles des craquements se font entendre. Vite, on acquiert la conviction que la réduction est impossible.

En effet, dès qu'on cherche à faire le mouvement de flexion complet, il se produit un ressaut brusque, et le déplacement se renouvelle. Dans ces conditions, je me décide pour l'hémirésection du coude.

On fait au côté externe de l'olécrane une longue incision passant à travers les fibres du muscle vaste externe; on arrive ainsi dans l'articulation par son côté externe; on tombe sur un hématome et sur des fragments osseux représentant l'épicondyle qui a

été écrasé; ces fragments sont enlevés avec des pinces et les ciseaux courbes, et alors, très facilement, sans avoir à désinsérer aucun muscle, ni aucun ligament, simplement en refoulant par en haut les os de l'avant-bras, on arrive à faire saillir à travers la plaie toute l'extrémité inférieure de l'humérus. Elle est dénudée de son périoste et sciée immédiatement au-dessus de la saillie épitrochléenne. Les os de l'avant-bras sont conservés dans leur intégrité. La plaie est suturée avec interposition d'un drain, et le membre immobilisé à angle droit pendant quinze jours au moyen d'une gouttière plâtrée.

Aujourd'hui, treize mois après l'opération, vous pouvez juger du résultat; l'articulation possède une très grande solidité; il n'y a pas de mouvements de latéralité. Sans doute, la malade n'arrive pas à l'extension complète, mais la flexion s'exécute bien; les mouvements de pronation et de supination sont intacts. Il est intéressant de constater sur la radiographie que l'extrémité inférieure de l'humérus tend à prendre une forme arrondie s'adaptant à la forme du crochet cubital; d'autre part, on note, sur la face postérieure de l'humérus, la présence d'une saillie osseuse de nouvelle formation, qui tend à reproduire la cavité olécranienne.

M. Lucas-Championnière. — Ce malade permet de discuter la question de l'hémirésection et de la résection totale du coude après les traumatismes. Il n'étend pas son bras du tout et certainement par la résection totale on eût obtenu un meilleur résultat.

Ainsi il conserve une réelle infirmité, tandis qu'une opération complète, lui permettant la flexion tout en lui donnant autant de solidité, aurait été plus avantageuse.

M. Montprofit (d'Angers). — J'ai eu l'occasion de faire plusieurs fois la résection du coude pour de tels cas traumatiques, soit pour des luxations anciennes, soit pour des fractures vicieusement consolidées de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Dans ces cas, le bras était en extension, toute flexion était impossible, et les blessés demandaient une intervention.

J'ai toujours employé le même procédé qui m'a paru sûr et facile :

Premier temps. Incision longitudinale de 10 centimères de longueur sur la face postéro-interne de l'articulation. Recherche immédiate du *nerf cubital* que je mets à nu et que je fais récliner en avant et en arrière selon le cas.

Deuxième temps : Je cherche l'épitrochlée ou, dans le cas de fracture, le fragment qui s'en rapproche le plus, et je mets cette éminence à nu avec la rugine. Je dénude peu à peu, et je cherche à

faire saillir progressivement l'extrémité humérale dans la plaie. Bientôt, en portant l'avant-bras en abduction sur le bras, l'humérus fait hernie à travers les lèvres de la plaie.

Troisième temps : On peut alors, avec la plus grande facilité, réséquer la longueur convenable d'humérus; on pourrait au besoin en scier une très grande longueur, mais il faut l'éviter.

Quatrième temps : Réduction de l'extrémité humérale dans la plaie; s'il y a suintement sanguin, on place un drain et on suture; le plus souvent, il n'y a même pas une ligature à faire.

On a donc *vu* le nerf cubital, sans courir le moindre risque de le léser; le tendon tricipital n'a pas été touché.

Je ne mets, à la suite de cette opération, aucun appareil contentif, mais seulement un pansement ouaté assez épais. On peut faire lever le malade le lendemain, le bras en écharpe.

Je considère comme très important de mettre l'avant-bras en *supination* et en *extrême flexion.*

Au bout de huit jours, la plaie est guérie et je commence à faire quelques mouvements d'extension, de pronation et de supination; après la séance de mobilisation, je remets toujours l'avant-bras en supination et en extrême flexion.

A mon avis, pour avoir un bon résultat, il faut serrer de près la flexion pour ne rien perdre de ce côté. Il m'a paru qu'on obtenait plus facilement l'extension, et qu'en tout cas il était moins gênant d'avoir une extension incomplète qu'une flexion limitée.

L'un de nos blessés est un jeune garçon qui, opéré pour une luxation en avant, irréductible, du coude gauche, a pu continuer à jouer du violon; un autre est un bijoutier qui a pu recommencer à faire les travaux de sa profession; une jeune femme opérée pour fracture comminutive de l'extrémité inférieure de l'humérus est arrivée à se coiffer seule facilement et à s'occuper des soins de son ménage.

On obtient donc ainsi d'excellents résultats et on peut éviter aux blessés une pénible infirmité.

De toutes les voies d'accès vers l'extrémité humérale inférieure c'est la postéro-interne qui paraît la plus facile; l'unique obstacle est le nerf cubital; il n'est sans doute pas difficile à éviter par toutes les méthodes, mais, pour ma part, j'aime mieux le mettre à nu, le bien voir et le faire récliner en dehors du champ opératoire.

Lorsque l'opération est terminée, on n'a en somme touché à aucun organe essentiel, à aucun nerf, à aucun muscle important.

Le triceps est respecté, les muscles fléchisseurs sont, bien entendu, hors de cause; on a seulement détaché avec le périoste l'insertion des muscles épitrochléens.

Aussi les os sont parfaitement tenus en contact et on peut de bonne heure commencer les mouvements.

Si, au contraire, on avait à respecter un triceps ou un olécrane sectionnés et suturés, on pourrait être très gêné pour mettre le membre en flexion et pour faire des mouvements précoces.

M. Nélaton. — On a pratiqué également l'incision latérale externe parce que le ligament latéral externe est plus résistant — et on luxait en dehors comme M. Montprofit luxe en dedans. A l'inverse de M. Montprofit, ce n'est pas la flexion, mais l'extension totale que je considère comme nécessaire.

M. Quénu. — Cette question de l'extension totale ou de la flexion forcée dépend avant tout de ce que la malade veut obtenir par son opération. C'est ainsi que chez la jeune fille que je vous ai présentée, l'extension complète était absolument nécessaire à l'exercice de sa profession.

M. Lucas-Championnière. — Je persiste à préférer l'incision médiane. L'extension complète est nécessaire au bon fonctionnement du membre.

D'autre part l'incision médiane permet d'éviter le cubital que, pour bien faire, il ne faut pas voir.

M. Kirmisson. — Les remarques faites par M. Monprofit et par M. Nélaton me serviront à répondre à M. Lucas-Championnière. Il est parfaitement vrai que, chez ma malade, les mouvements d'extension ne s'exécutent pas en totalité, mais les mouvements de flexion sont très satisfaisants, et c'est là l'important au point de vue des fonctions du membre. Aussi suis-je partisan de l'hémi-résection qui, avec une mobilité un peu restreinte, fournit une grande solidité.

Résection partielle de la branche horizontale de la mâchoire inférieure pour une épulis récidivante. Prothèse immédiate par un appareil de porcelaine.

M. Pierre Sebileau. — Je présente à la Société de chirurgie une femme âgée de quarante ans à laquelle j'ai pratiqué, il y a deux mois, dans mon service de Lariboisière, une résection partielle de la mâchoire inférieure. Au cours même de l'opération, M. Delair, l'auteur de cet ingénieux appareil de restauration bucco-faciale que je vous ai montré il y a quelques mois, voulut

bien remplacer le fragment de mandibule sacrifié par un appareil de prothèse appliqué extemporanément, et assurer ainsi la continuité des deux fragments osseux. Cet appareil est en porcelaine; c'est le premier du genre.

Vous allez pouvoir l'étudier sur la malade et sur quelques pièces que M. Delair a fabriquées, pour la démonstration, avec des os secs.

Voici d'abord la malade. Quand elle s'est présentée dans mon service, après avoir déjà subi, à deux reprises, l'ablation d'une épulis dont le début remontait à deux ans, elle portait, sur la mâchoire inférieure, entre la canine et la seconde grosse molaire du côté gauche, une tumeur faisant corps avec l'os, laquelle bourgeonnait particulièrement au niveau du bord alvéolaire, sur l'ancien emplacement des prémolaires et de la première molaire, mais envahissait aussi la face extérieure de l'os et s'infiltrait jusqu'au rebord basilaire.

Cette tumeur, qui s'était considérablement développée depuis six semaines et faisait déjà, sous la peau de la joue, une saillie très apparente, ne me parut pas justiciable, en raison de l'épaississement du bord inférieur de la mandibule et de l'altération apparente de l'os dans toute son épaisseur, d'une simple résection atypique. Je résolus donc d'extraire, par une résection classique, tout le segment malade.

Je n'ai pas besoin de dire que l'opération fut simple et rapide. Séance tenante, M. Delair, sous ma direction opératoire, appliqua son appareil; je pratiquai la suture des téguments en laissant, dans l'angle postérieur de la plaie, entre les deux lèvres de celle-ci, la place pour un drain qui fut enlevé au bout de quatre jours.

Vous voyez qu'il demeure, au point où le drain a séjourné, un petit orifice fistuleux recouvert d'un bourgeon charnu. Il s'en écoule très peu de pus. Je crois que, dans un cas semblable, il serait meilleur peut-être de ne pas drainer, le pus qui provient de l'infection, pour ainsi dire fatale, des fragments, pouvant librement s'écouler dans la bouche.

La pièce est solidement fixée sur les os; la malade ouvre largement la bouche et peut fortement serrer les mâchoires; l'articulation dentaire est bonne; la mastication est possible, mais rendue difficile par l'existence, sur la joue, d'un petit bourrelet de muqueuse qui, dans l'abaissement de la mâchoire, est pris entre les dents du haut et la pièce. Lorsque cette pièce aura été remplacée par un appareil portant des dents, cet inconvénient disparaîtra.

Vous voyez qu'il n'y a nul bourgeonnement autour du fragment de porcelaine; la cicatrisation de la muqueuse s'est opérée sur

presque toute l'étendue de la plaie; l'appareil apparaît avec sa couleur normale, n'ayant pas subi d'altération. La salive, la teinture d'iode, le sublimé ont été sans action sur lui.

Voici maintenant une pièce identique à celle qui a été appliquée et, à côté d'elle, quelques autres pièces de démonstration très intéressantes.

Cette pièce de restauration mandibulaire est longue de 2 1/2 centimètres environ; elle a, naturellement la hauteur de l'os maxillaire inférieur. Elle est fixée sur les deux fragments par une triple articulation. Sur la face externe, deux attelles, l'une supérieure, l'autre inférieure, la rendent solidaire du fragment postérieur; et deux attelles, disposées de la même façon, la maintiennent contre le fragment antérieur. Sur la face interne, est disposée une attelle qui allant de l'un à l'autre fragment, occupe le milieu de la hauteur de l'os et de la pièce. Enfin, profondément, un goujon se détache de l'appareil et pénètre dans le corps du fragment postérieur. Grâce à ce triple organe de soutien, il y a cohésion entre l'os et la porcelaine.

Cette cohésion s'est maintenue, depuis deux mois, sur la malade que j'ai opérée; cela tient, sans doute, à la manière dont les attelles métalliques sont fixées sur l'os. Comme vous le voyez, l'appareil comporte, non pas des vis, mais des boulons. Les vis ne gardent, dans le parenchyme de l'os, aucune solidité; elles ne tardent pas à s'ébranler, car la lame de tissu compact n'a pas assez d'epaisseur pour qu'elles mordent dans l'os d'une manière utile. Les boulons, au contraire, qui traversent toute l'épaisseur de l'os et sont maintenus par des écrous serrés à blocs, sont, pour ainsi dire, immuables; mais M. Delair, qui en a imaginé l'emploi, s'est rendu compte qu'ils étaient inapplicables sans une instrumentation particulière. Comment, par exemple, aller serrer des écrous sur l'extrémité profonde des boulons, à la face interne de la mandibule, dans l'intérieur de la cavité de la bouche? La chose était irréalisaole.

C'est pour la rendre possible que M. Delair a imaginé des petites griffes à forcipressure, de courbure différente, lesquelles permettent de fixer les écrous dans quelque position que ceux-ci se trouvent par rapport à l'opérateur. Pour recevoir les griffes des pinces, chaque écrou, soigneusement émoussé, porte deux petites brèches sur sa circonférence.

Je vous présente une série de pinces; elles reposent toutes sur le même principe, mais diffèrent, comme vous le voyez, par la forme, les dimensions, la courbure. Il y a là une véritable instrumentation originale dont l ingénieuse application éclate sur la pièce de démonstration que je vous montre: c'est une restauration

schématique du tibia. Vous voyez comment, à la faveur d'une incision pratiquée sur la face interne de la jambe, il serait possible d'aller présenter des écrous au fil des boulons, soit à la face interne, soit à la face postérieure de l'os.

Voici comment on procède :

Des trous sont pratiqués dans l'os avec le perforateur. A l'orifice éloigné de chacun de ces trous, l'on présente, avec celle des griffes à forcipressure dont la courbure s'adapte au cas particulier, un écrou.

Par l'orifice proche on introduit un boulon qu'on visse librement, sans difficulté, puisqu'il se trouve à la superficie du champ opératoire, dans l'écrou fixé du côté opposé. Au résumé, au lieu de visser, comme cela est l'habitude, l'écrou sur le boulon, on visse le boulon dans l'écrou.

Telles sont les pièces de prothèse immédiate de M. Delair et telle est son ingénieuse instrumentation. Je dois le remercier du généreux empressement qu'il met à m'assister dans mes opérations de restauration faciale.

C'est lui qui a eu l'idée d'utiliser, pour la prothèse immédiate de la bouche, la porcelaine dure, à grand feu, cuite à 1.600 degrés. Cette porcelaine est inaltérable et inattaquable; elle se stérilise facilement; enfin, elle se prête au modelage de n'importe quel os ou fragment d'os : voyez, par exemple, ces deux mâchoires artificielles et cet humérus.

A plusieurs points de vue, cette porcelaine paraît supérieure au caoutchouc durci qui, jusqu'à ce jour, a été appliqué à la prothèse immédiate, par Michaels et Martin (de Lyon) en particulier. Il est, paraît-il, presque impossible, à moins de lui faire subir une manipulation toute spéciale, d'obtenir un caoutchouc parfaitement étanche; aussi, au bout d'un certain temps, les pièces deviennent-elles poreuses, se laissent-elles pénétrer par les sécrétions de la bouche et constituent-elles un véritable corps étranger infecté et infectant, autour duquel les tissus bourgeonnent et suppurent abondamment.

Ectopie testiculaire inguinale. — Orchidopexie.

M. WALTHER. — Je présente à la Société un malade que j'ai opéré le 24 février 1901 à l'Hôtel-Dieu, il y a par conséquent plus de deux ans, pour une ectopie inguinale. J'ai fixé le testicule par le procédé dont je vous parlais dans la dernière séance; et si je vous montre aujourd'hui ce malade c'est pour vous permettre de

constater la persistance du bon résultat que ne m'avait donné la fixation à travers la cloison.

Ce malade est le frère du jeune homme que je vous ai présenté dans la dernière séance, et c'est lui qui, satisfait de ce résultat, me conduisit il y a quelque temps son frère dans mon service.

M. Morestin présente un malade opéré d'un *polype naso-pharyngien*. — M. Sebileau, rapporteur.

Présentations de pièces.

Anévrisme fémoral.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de vous présenter un anévrisme de l'artère fémorale superficielle que j'ai extirpé il y a quinze jours.

La malade, âgée de soixante-cinq ans, a eu, il y a quelques années, une hémorragie cérébrale qui a laissé une contracture du côté droit.

C'est du côté gauche que s'est développé l'anévrisme. Il s'est d'abord manifesté par des douleurs siégeant à la partie interne de la jambe, et la malade a été soignée pendant quelque temps pour des névralgies. C'est seulement au bout de trois semaines qu'on constata la présence de l'anévrisme.

Il siégeait à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la cuisse. A travers la peau doublée d'une épaisse couche de graisse et le couturier, il paraissait étalé : en réalité, il avait à peu près la forme et le volume d'un beau citron. Les battements et l'expansion étaient non seulement très manifestes, mais très intenses dans toute l'étendue de la tumeur. On avait l'impression que la poche était très mince. Le souffle s'entendait partout mais il était plus intense dans la moitié supérieure. En quelques points, une pression même légère déterminait une douleur vive.

Malgré l'âge de la malade, malgré son passé pathologique et le mauvais état de son système artériel, la nécessité d'une intervention me sembla nettement établie, non seulement par les douleurs, mais encore par le rapide accroissement de la tumeur. La force de l'expansion, l'intensité du souffle indiquaient clairement qu'elle était en voie d'évolution.

La nécessité de l'intervention admise, vous ne vous étonnerez

pas que je me sois décidé pour l'extirpation. D'ailleurs, dans ce cas particulier, l'extirpation était particulièrement indiquée par les douleurs névralgiques lointaines, car j'ai montré autrefois que ces douleurs sont dues à l'englobement des nerfs dans le sac, et que, loin de disparaître toujours après la ligature, elles augmentent souvent, même lorsque l'anévrisme guérit, parce que la rétraction de la paroi accroît la compression des troncs nerveux.

J'ai fait l'opération il y a quinze jours. La malade étant très adipeuse, il me fut impossible de placer un garrot qui n'empiétât pas sur le champ opératoire. J'ai donc opéré sans hémostase préalable. Un aide se tenait prêt à faire la compression de la fémorale sur le pubis, mais je n'ai pas eu besoin de recourir à lui.

Une longue incision parallèle à l'artère me mena, au travers d'un pannicule très épais, sur le couturier ; le muscle est très adhérent au sac par sa face profonde. Je le dissèque et le récline en dedans. Le sac est découvert et l'on peut constater que, régulier et assez résistant dans sa partie supérieure, il est légèrement bosselé et très mince dans sa moitié inférieure.

Je le dissèque peu à peu surtout dans la partie supérieure pour trouver l'artère afférente.

Sur la face externe, je trouve deux nerfs qui pénètrent séparément, l'un au-dessus de l'autre, dans la paroi même de la tumeur. Je les dissèque péniblement en incisant le sac lui-même, et je réussis à les libérer dans toute leur étendue sans ouvrir la poche anévrismale. L'artère est englobée dans des trousseaux fibreux très résistants, et j'ai beaucoup de peine à la séparer de la veine qui est située au-dessous d'elle.

Immédiatement au-dessus de l'anévrisme, l'artère est très manifestement altérée, elle présente une plaque athéromateuse qui en fait tout le tour. Je remonte un peu plus haut et à un centimètre et demi environ je place une ligature sur une zone à peu près saine, immédiatement au-dessous d'une petite branche musculaire qui pourra servir au rétablissement de la circulation collatérale.

Ayant placé une pince au ras du sac, je sectionne le bout afférent et je continue la libération de la tumeur en la faisant basculer.

Le pôle inférieur est d'une minceur extrême, et, pendant les tentatives de libération, il se déchire. Un flot de sang inonde la plaie. Je saisis l'orifice avec les doigts pensant qu'une fois le sac vidé, l'hémorragie s'arrêtera. Mais le sac se remplit manifestement, et, dès qu'on lâche l'orifice, le sang sort en jet. Il est évident que le sac est le siège d'une circulation récurrente très intense. J'essaie de pincer les lèvres de la déchirure, mais le sac est si

mince en ce point qu'il se déchire à nouveau. On ne peut arrêter le sang qu'en pinçant l'orifice avec les doigts. Aussi rapidement que possible, je relève le pôle inférieur et j'arrive sur le bout efférent de l'artère qui s'abouche, non pas à l'extrémité de la tumeur, mais sur sa face profonde. L'artère paraissant saine, je la lie au ras du sac.

En dehors des ligatures de la fémorale, il n'y a eu qu'une seule ligature à placer, sur une artériole filiforme. Suture complète au fil d'argent sans drainage.

Voici, Messieurs, la tumeur extirpée. Je l'ai fendue par la convexité, c'est-à-dire par sa face tournée vers la peau. Vous pouvez voir que l'anévrisme s'est développé aux dépens de la moitié antérieure du vaisseau. La paroi postérieure est restée intacte : elle fait partie du sac, mais est très facilement reconnaissable.

Vous voyez que la moitié supérieure du sac est assez épaisse : au contraire, la moitié inférieure est extrêmement mince. Il semble qu'il y avait de ce côté un réel danger de rupture, d'autant plus que le sac ne renfermait pas de caillots.

Vous pouvez voir encore sur le sac les deux sillons qu'y a laissés la libération des deux troncs nerveux.

Je vous ferai remarquer, en outre, qu'aucune branche collatérale n'a été sectionnée, et que rien, par conséquent, n'a été sacrifié de ce qui peut servir au rétablissement de la circulation.

L'opération a été faite il y a quinze jours. Aujourd'hui la malade est complètement guérie. Elle n'a eu aucune élévation de température, et il ne s'est produit dans le membre aucun trouble circulatoire. Les douleurs ont presque complètement disparu.

Grossesse extra utérine non rompue de quatre mois. Extirpation du kyste fœtal. Guérison.

M. Rochard. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter une pièce qui me paraît intéressante par sa rareté. Il s'agit d'une grossesse extra utérine de quatre mois, non rompue, que j'ai opérée dans les conditions suivantes : je fus appelé dans les environs de Paris par mon collègue et ami Demelin auprès d'une jeune femme ayant eu déjà deux enfants et qui se trouvait enceinte pour la troisième fois. Au quatrième mois de sa grossesse, elle eut quelques petites douleurs et des pertes qui firent porter le diagnostic de fausse couche par le médecin traitant. M. Demelin appelé fit le diagnostic de grossesse extra-utérine et m'appela pour confirmer ce diagnostic et discuter l'opportunité de l'inter-

vention. Je trouvai occupant à peu près tout le petit bassin une masse tendue rénitente ayant repoussé l'utérus sous la symphyse pubienne et l'ayant en quelque sorte étiré. Comme il n'y avait eu aucun accident sérieux, avec mon collègue Demelin je posai le diagnostic de grossesse tubaire non rompue, et nous décidâmes l'intervention.

J'eus la satisfaction de tomber, en effet, sur un kyste fœtal n'ayant contracté aucune adhérence, mais bloqué dans le petit bassin. Il était accolé à l'utérus dans un dédoublement du ligament large, et son extirpation en totalité sans le ponctionner fut relativement facile. C'est une grossesse tubaire interne, comme le montre le reste de la trompe et l'ovaire qui se déroulent à la surface du kyste ou une grossesse interstitielle; l'examen de la pièce et la section du kyste nous renseigneront à ce sujet.

La radiographie que je vous présente montre un squelette bien net de fœtus de quatre mois environ.

M. Ricard. — La pièce que nous présente M. Rochard est des plus intéressantes. Il est rare de pouvoir ainsi enlever aussi facilement une grossesse extra-utérine.

La forme lisse de la tumeur, l'absence absolue d'adhérences, la présence de fibres musculaires épaisses au niveau du pédicule opératoire, l'existence de la trompe normale au-dessus de la tumeur me font penser qu'il s'agit d'une grossesse interstitielle plutôt que tubaire. Il est également à remarquer que l'absence de rupture à une époque aussi avancée de la grossesse plaide en faveur de cette hypothèse.

Elections.

Nomination d'une commission chargée d'examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Premier tour.

M. Sébileau	obtient :	23	voix.
M. Routier	—	22	—
M. Broca	—	13	—
M. Rochard	—	6	—
M. Félizet	—	3	—
M. Quénu	—	3	—
M. Delbet	—	1	—
M. Poirier	—	2	—
M. Potherat	—	1	—
M. G. Marchant	—	1	—
M. Walther	—	1	—
M. Michaux	—	1	—

Deuxième tour.

M. Quénu	obtient :	16	voix.
M. Broca	—	15	—
M. Rochard	—	1	—
M. Lucas-Championnière	—	1	—

Troisième tour.

M. Quénu	obtient :	16	voix.
M. Broca	—	14	—
M. Lucas-Championnière	—	1	—
M. Tuffier	—	1	—

En conséquence, MM. Sébileau, Routier et Quénu sont nommés membres de la commission.

Le Secrétaire annuel,
TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 1er AVRIL 1903

Présidence de M. Kirmisson.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

Cocaïnisation.

M. Reclus. — M. le Dr Alivisatos, ancien élève de mon service et agrégé de l'Université d'Athènes, m'a chargé de déposer sur votre bureau une note où il relève 190 opérations faites par l'analgésie locale avec le plus grand succès. Il n'a jamais observé le moindre accident et l'analgésie a été parfaite. Il suit les règles que j'ai indiquées si souvent; il a accepté la solution à 1/2 p. 100 proposée par moi depuis deux ans environ; elle est suffisamment analgésique et donne au chirurgien une masse analgésiante énorme et capable de couvrir un très large champ opératoire.

Poussières des salles d'opérations.

M. Broca. — Si, avant de prendre la parole, j'ai prié M. Quénu de bien spécifier sa pensée sur une assertion émise par moi il y a quelques années, c'est parce que je ne voyais pas bien en quoi son mémoire, si intéressant, démontre que ma proposition est entachée d'erreur.

Il y a certains faits dont tous les chirurgiens sont vite arrivés empiriquement à se rendre compte : les microbes de l'air sont beaucoup moins importants qu'on ne l'a dit pour la contamination des plaies et personne n'emploie plus le spray pendant l'opération, mais il est certain que cette source d'infection cesse d'être négligeable si des poussières nombreuses sont soulevées du sol ou tombent des murs, des tentures, du plafond. De là l'utilité des carrelages remplaçant les planchers, des murs lisses et lavables, des assistants peu nombreux et remuant le moins possible.

Est-ce à dire cependant que ces dispositions matérielles, si commodes pour nous en ce qu'elles simplifient notre besogne, soient indispensables à l'exercice de notre profession? Je ne le pense pas. Pouvez-vous supprimer les assistants nombreux dans les services destinés à l'enseignement? non. Et quand j'ai émis devant vous l'assertion critiquée par M. Quénu, j'étais forcé d'opérer à l'hôpital Trousseau dans des locaux extraordinaires, planchéiés, à murs sordides et non lessivés, où se pratiquaient, sans distinction, les opérations aseptiques et les plus septiques.

Or, en ayant soin de faire fonctionner le spray tous les matins et de faire laver le plancher à grande eau de façon qu'il fût mouillé pendant mon séjour et celui de mes aides, j'ai constaté que je me tirais très bien d'affaire. De même quand, pour des motifs variés, nous sommes amenés à pratiquer en ville des opérations même graves à domicile et non en maison de santé : cette notion est d'un intérêt pratique réel, car en province, à la campagne, il faut savoir s'accommoder de ce que l'on trouve, et cela est même exact, pour certains cas d'urgence, dans les grands centres les mieux outillés.

A l'aide de mesures précises et d'expériences patientes, M. Quénu, comme l'a dit M. Tuffier, a donné à ces constatations empiriques une démonstration scientifique. A cela il a ajouté une chose que pour ma part, j'ignorais complètement, que le spray à l'eau oxygénée est d'une efficacité particulièrement grande puisqu'il peut faire tomber à 0 une septicité aérienne préalablement grande. Voilà une précaution que certes j'ajouterai, dorénavant, à l'humectation simple qui jusqu'à présent à l'ancien hopital Trousseau spécialement, m'avait permis d'opérer, à peu près n'importe quoi n'importe où. Loin de me trouver en contradiction avec M. Quénu, je le remercierai donc d'avoir donné une base scientifique à une opinion qui est depuis longtemps la mienne; et tous les praticiens lui sauront gré de leur avoir enseigné des moyens simples pour se mettre à l'abri des contaminations atmosphériques.

A l'occasion du procès-verbal.

Pluralité des néoplasmes abdomino-pelviens chez la femme.

M. Potherat. — Lorsque, le 24 décembre dernier, M. Monod nous présenta deux cas de néoplasmes associés du pelvis chez la femme, je ne pensais pas que cette présentation dût être suivie d'une discussion; et, en demandant la parole à ce moment, je me proposais de donner simplement, dans de courtes réflexions, une note sur des faits personnels se rapprochant de ceux de M. Monod.

En effet, la présentation de notre collègue analogue à une autre présentation, faite par lui, deux années auparavant, se réduisait à ceci : on peut, chez la femme, rencontrer simultanément des tumeurs solides ou liquides de l'ovaire, et des tumeurs de l'utérus, voire même des tumeurs de l'intestin. Le chirurgien en présence de ces lésions diverses doit s'attaquer à chacune d'elles.

Or, sur ce point je ne crois pas qu'il puisse exister ici de divergences, et, fait assez exceptionnel, un accord unanime règne certainement parmi nous. Énoncer la question c'est la résoudre.

Prenons, par exemple, l'association d'un kyste de l'ovaire et de fibromes utérins. C'est là un cas qui n'est pas rare assurément; j'en ai trouvé parmi mes observations 11 cas, et ce chiffre ne représente pas tous les faits que j'ai observés, non seulement dans mon service ou ma pratique privée, mais encore dans les services, si riches au point de vue gynécologique, de mon excellent maître M. Segond et de mon très regretté maître M. Bouilly, que j'ai suppléés périodiquement durant huit années.

Puique nous estimons qu'un kyste de l'ovaire doit être opéré, que des fibromes utérins sont justiciables d'une intervention chirurgicale, si les deux lésions sont associées, elles doivent simultanément recevoir le traitement qui convient à chacune d'elles. C'est la logique même.

Il y a déjà longtemps que mon opinion est faite sur ce point. Je pourrais, si cela était nécessaire, vous citer un fait personnel qui justifie cliniquement cette opinion. Alors que j'étais jeune chirurgien, j'opérai une dame de quarante-trois ans, d'un très volumineux kyste de l'ovaire, largement adhérent. Le kyste enlevé, le bassin se montra occupé en grande partie par une masse fibromateuse englobant l'utérus, étalée, infiltrée, comme coulée. Je pensai qu'il convenait de pratiquer séance tenante une hystérectomie supravaginale (opération que j'avais déjà, à ce

moment, exécutée deux fois avec succès), bien que cette opération présentât ici de réelles difficultés. Mais les assistants, parmi lesquels se trouvait le regretté Dr Ferrand, me firent remarquer que la malade était déjà avancée en âge, qu'elle n'avait pas présenté de métrorragies, que, par ailleurs, l'ablation du kyste avait été longue et laborieuse, que la malade aurait peut-être de la peine à supporter cette prolongation de son anesthésie et les risques de cette seconde opération. Je me laissai convaincre par ces arguments et je m'en tins à l'ablation du kyste de l'ovaire. La malade guérit ; sa santé redevint florissante ; mais en même temps ses règles devinrent plus abondantes, et au bout de dix-huit mois elles avaient pris le caractère de ménorragies extrêmement abondantes, qu'elles ont encore quoique la malade ait passé l'âge de la ménopause, elle n'a pas voulu, bien que plus d'une fois la situation ait été inquiétante, se soumettre à une nouvelle intervention.

Aussi me suis-je toujours comporté différemment par la suite ; et dans un cas absolument analogue, il y a trois ans, ayant, après ablation d'un kyste de 18 litres, totalement adhérent, reconnu un utérus pourvu de deux gros fibromes, j'ai séance tenante pratiqué l'hystérectomie sus-vaginale. L'opération s'en est trouvée très allongée dans sa durée, mais la malade n'en a pas moins survécu, et elle n'a plus aujourd'hui rien à craindre de ses fibromes. Or, s'il s'en faut de beaucoup que, dans tous les cas où kyste de l'ovaire et fibromes sont asssociés, on rencontre ces difficultés, et dans la très grande majorité des cas, l'opération qui enlève toutes les lésions peut être rapidement exécutée.

Cependant, au point de vue du *modus faciendi*, plusieurs cas peuvent se présenter.

Nous avons reconnu un utérus fibromateux, et nous intervenons pour cette lésion, avec l'intention de pratiquer l'hystérectomie ; le ventre ouvert, la masse fibromateuse attirée au dehors, nous voyons qu'elle s'accompagne de kystes de l'ovaire, aucune hésitation ; les ovaires s'en iront avec l'utérus, il n'y a pas de discussion.

Mais voici que nous avons reconnu un kyste de l'ovaire, et que nous intervenons pour le kyste de l'ovaire ; ou bien, ce qui revient au même, nous avons diagnostiqué une lésion annexielle unilatérale et nous pratiquons la laparotomie pour cette lésion uni-ovarienne et seulement pour elle. Cependant, en face des organes, nous reconnaissons l'existence d'un ou plusieurs fibromes utérins. Quelle sera notre conduite, étant donné qu'une des annexes est intacte?

Dans ce cas, il convient de distinguer. De deux choses l'une : ou

bien les fibromes par leur développement, ou leur siège, ne peuvent disparaître sans ablation de l'utérus; j'estime alors que le chirurgien devra faire l'hystérectomie totale sus-vaginale, enlevant ensemble utérus, fibromes, annexes sain et malade; ou bien, l'annexe enlevée, les fibromes peuvent être énucléés, et enlevés par seule hystérotomie. Dans ce deuxième cas ma conduite variera suivant que la femme par son âge et ses conditions sociales sera ou non susceptible de devenir enceinte. Si elle a passé quarante ans, je n'hésite pas, je préfère l'hystérectomie à l'hystérotomie; mais si la malade est jeune, je me considère comme obligé de conserver un utérus susceptible de conception puisqu'il persiste un ovaire et une trompe intacts; et c'est ainsi que je me suis comporté dans 4 cas au moins.

Ces réserves faites, la règle qui persiste, c'est que fibromes utérins et lésions des annexes, quand ils coexistent, doivent être opérés simultanément; à plus forte raison cette règle doit être appliquée quand, opérant une malade d'un kyste de l'ovaire, on trouve un cancer de l'utérus.

Il en est de même lorsqu'on rencontre un cancer de l'intestin coïncidant avec une tumeur de l'utérus ou de ses annexes; j'ai présenté ici des pièces anatomiques montrant un cancer du côlon ilio-pelvien coexistant avec un kyste dermoïde des deux ovaires; je n'avais, dans ce cas, fait qu'une résection partielle de l'intestin et une entérorraphie latérale.

Chez une autre malade, que je venais d'opérer d'un kyste de l'ovaire de mauvaise nature (kyste végétant), je trouvai, en faisant la toilette du péritoine, un cancer annulaire de l'intestin grêle; je fis, séance tenante, une résection intestinale étendue suivie d'entérorraphie circulaire. La malade guérit parfaitement, il y a de cela un an environ; elle se porta très bien pendant huit mois, mais, depuis quelque temps, elle a des troubles intestinaux, des douleurs abdominales, un peu d'ascite, phénomènes qui n'ont rien d'imprévu et qui n'incriminent en rien mon intervention.

Je pourrais multiplier les exemples de faits analogues; tous aboutissent à cette conclusion : le chirurgien qui a ouvert l'abdomen en vue d'une intervention déterminée, et qui trouve en plus de la lésion incriminée des lésions latentes ou méconnues, a le devoir de soumettre simultanément toutes ces lésions, quelles qu'elles soient, au traitement qui convient à chacune d'elles. Il n'y a de limite à cette obligation que la certitude d'un risque plus grave ou plus immédiat à courir par la malade du fait de l'intervention que du fait du mal lui-même.

Le *primum non nocere* garde ici, comme toujours, sa valeur limitative.

Je ne veux pas entrer dans la question des néoplasmes multiples plus ou moins éloignés et vous citer des faits simplement bizarres, comme celui d'une femme que j'ai opérée il y a dix-sept ans d'un sein pour carcinome, six mois plus tard de l'autre sein pour épithélioma, et qui présentait en même temps des loupes du cuir chevelu, plusieurs molluscum volumineux du dos, et des fibromes utérins, toutes lésions qu'elle continue à porter avec une verte vieillesse. Cela nous entraînerait trop loin et ne présente, d'ailleurs, guère d'intérêt. Je désire m'en tenir à l'association des lésions pathologiques abdomino-pelviennes chez la femme, et je terminerai par le cas suivant qui rentre dans cette catégorie et que j'ai observé il y a cinq mois. Il s'agissait d'une dame que je suivais depuis plusieurs années et qui présentait des fibromes utérins avec métrorragies. Vainement j'avais insisté pour l'opérer, elle s'y était toujours refusée; mais, l'année dernière, des douleurs vives survinrent procédant par accès violents; la malade se décida et vint de province à Paris. Je reconnus alors que ces douleurs étaient dues à des attaques d'appendicite. Je fis la laparotomie; j'enlevai d'abord l'utérus par une hystérectomie supra-vaginale; il présentait de nombreux fibromes de volume variable, interstitiels, sous-muqueux, et sous-péritonéaux. Cette ablation n'avait offert rien de particulier, sauf qu'à droite j'avais bien trouvé une trompe, mais il m'avait été impossible de trouver l'ovaire. Le ligament large présentait un bord supérieur tendu fortement dans la déclivité de la position de Trendelenbourg; mais d'ovaire, point.

Je cherchai ensuite l'appendice; il était volumineux, en massue, avec un méso très épaissi; j'en fis l'ablation. Je me préparais à refermer le ventre, quand en faisant la toilette abdominale je sentis derrière les anses intestinales une masse ronde, rénitente, située très haut sous les fausses côtes gauches. Je pensais à un kyste de la rate ou du rein, quand, ayant écarté les anses de l'intestin grêle, je saisis une poche kystique d'un blanc mat, du volume d'une petite tête fœtale, que j'amenai au dehors avec facilité, car elle était portée sur un pédicule long, très long, qui me conduisit jusqu'au ligament large du côté droit. Ce n'était autre chose qu'un kyste de cet ovaire droit que je n'avais pu trouver. Je n'avais, dans mon examen clinique, pu sentir ce kyste, au milieu de l'abdomen, chez cette malade pourvue d'un très épais pannicule adipeux, et je ne l'avais pas soupçonné, bien que la malade m'eût dit qu'elle sentait quelque chose se déplacer dans son ventre pendant les mouvements qu'elle exécutait; et d'autre part, la position de Trendelenbourg, en faisant tomber le kyste de bas en haut, avait fortement tendu son pédicule qui ne se dis-

tinguait plus du bord supérieur du ligament large. Cette malade se porte aujourd'hui fort bien, et son cas justifie pleinement la règle générale rappelée plus haut.

M. Lejars. — La question est attirante, s'il en fût, parce qu'elle se rapporte au si grave et si obscur problème des néoplasmes; mais il servirait peu de l'envisager dans ses termes les plus généraux, et nous manquons trop de notions précises pour tirer de cette étude des conclusions réellement valables. Mieux vaut s'en tenir aux associations néoplasiques que nous observons dans la sphère pelvienne, rechercher les types et la fréquence de ces associations, leur signification possible, et les indications opératoires qu'elles commandent.

Les types « d'association » sont multiples, en effet, et tout en les répartissant en catégories, nous ne savons pas, à vrai dire, à quoi correspond ce classement et s'il a quelque base pathogénique. Kyste de l'ovaire et fibrome utérin, tel est le complexus le plus couramment observé; les exemples en sont fort nombreux, et je pense que, si l'on dressait une statistique étendue, on aboutirait à un pourcentage relativement élevé. Des faits de ce genre figurent dans la pratique de tous; pour ma part, j'ai retrouvé dans ces dernières années l'observation de huit malades que j'ai opérées à la fois d'un kyste ou de deux kystes de l'ovaire et d'un fibrome utérin, et il s'agissait de fibromes et de kystes de gros volume; les cas se multiplieraient, si l'on faisait entrer en ligne de compte les petits noyaux fibromateux constatés dans l'utérus au cours d'une ovariotomie, ou les petits kystes de l'ovaire ou des deux ovaires coexistant avec un volumineux fibrome utérin. A côté de cette première variété clinique, il convient de signaler les autres combinaisons que voici: kyste de l'ovaire et cancer de l'utérus, et j'en donnerai tout à l'heure une observation; — fibrome utérin et fibrome de l'ovaire, j'en ai opéré deux cas; — fibrome utérin et cancer utérin, non point la substitution *in situ* du cancer au fibrome et cette dégénérescence maligne des tumeurs fibreuses, sur laquelle, d'ailleurs, il y aurait beaucoup à dire, mais la présence simultanée, en deux points séparés de l'organe utérin, aux deux pôles le plus souvent, du fibrome et de l'épithélioma : le fibrome du corps, l'épithélioma du col; enfin les formes complexes où les néoplasmes utéro-ovariens sont associés à d'autres néoplasmes, semblables ou non quant à leur espèce histologique, de l'intestin, de l'épiploon, ou même de régions plus éloignées.

Faut-il ne voir, dans toutes ces combinaisons, que le résultat du hasard et d'une rencontre tout accidentelle ? Ou bien faut-il

admettre quelque connexion originelle entre ces tumeurs, et s'efforcer d'apercevoir les liens obscurs qui les rattachent les unes aux autres? Nous sommes ici, il faut l'avouer, en plein mystère, la diathèse néoplasique ne nous apparaît plus elle-même que sous l'aspect d'un cadre mal défini, et nous ne lui reconnaissons plus guère qu'une valeur de nomenclature. Toutefois, un départage s'impose : lorsque les néoplasmes associés sont de même espèce, lorsque nous observons à la fois un fibrome utérin et un fibrome de l'ovaire, un épithélioma de l'ovaire et un épithélioma du col, il ne semble pas que la coïncidence soit fortuite, et plus vraisemblablement il y a lieu d'admettre que les deux tumeurs, quoique découvertes en même temps, ne sont pas du même âge, et que l'une procède de l'autre, alors même que la voie intermédiaire ne se marque par aucune trace; on peut en dire autant de la combinaison du kyste de l'ovaire et de certains fibromes kystiques de l'utérus, mais on ne saurait aller plus loin sans tomber dans des hypothèses bien inutiles, et, tout en soupçonnant quelque influence commune qui présiderait à ce développement des néoplasmes multiples et, en apparence, du moins, contemporains, nous n'avons aucun élément précis qui nous permette d'en démêler la nature.

Il nous faut donc renoncer, pour le moment, à ce côté séduisant et illusoire de la question, pour nous borner aux déductions pratiques, aux indications opératoires qui dérivent de cette pluralité des néoplasmes pelviens. Un certain nombre d'entre elles sont bien établies et reconnues de tous : en présence d'un kyste de l'ovaire et d'un fibrome utérin, il faut enlever l'un et l'autre et faire l'hystérectomie abdominale, et la règle ne comporte que de rares exceptions; il en est de même lorsqu'un néoplasme ovarien s'étend à l'utérus, sous la seule réserve que l'extirpation totale soit exécutable.

En dehors même de ces éventualités, l'hystérectomie abdominale, complémentaire, est tout indiquée, lorque le volume et l'inclusion des tumeurs de l'ovaire ou des deux ovaires crée à la décortication des difficultés particulières, ou l'impossibilité d'une péritonisation ultérieure, si l'on ne « se met pas à l'aise » en supprimant l'utérus, même non fibromateux. M. Quénu a bien insisté sur cette indication.

Mais il en est encore une autre, que je voudrais établir ici; je pense qu'en présence d'un kyste double de l'ovaire, et surtout de ces kystes bosselés, mêlés de parties solides, on fera souvent bien d'enlever l'utérus, fût-il d'aspect absolument normal, et que l'on pourra, de la sorte, prévenir des complications ultérieures, du genre de celle que je vais brièvement relater.

Il s'agit d'une malade de quarante-neuf ans que j'opérai, à la Maison Dubois, en 1899, d'un kyste double de l'ovaire : il y avait, à droite, un gros kyste, et, à gauche, une masse polykystique, dure, mêlée de parties solides, du volume du poing ; j'enlevai le tout, sans toucher à l'utérus, parfaitement sain, je refermai le ventre, et la guérison eut lieu sans incident. Elle persista durant un an et demi ; puis notre opérée commença à souffrir du ventre, à perdre du sang ; elle consulta un médecin, et subit à quelques mois de là une amputation du col. Finalement, elle me revint à la fin de janvier dernier, et je constatai un gros utérus bosselé, adhérent, non mobilisable, et, de plus, dans le vagin, au niveau de son tiers inférieur, toute une couronne de petites nodosités dures et saignantes, qui ne laissaient aucun doute sur leur nature. Il n'y avait plus d'ablation à tenter ; comme la malade souffrait beaucoup, je pratiquai, la ligature des deux artères hypogastriques, procédé tout palliatif, mais qui me paraît rendre quelques services dans ces formes inopérables ; au cours de l'intervention, je constatai, sur le côté gauche du bassin, et tout le long des vaisseaux iliaques, une chaîne de ganglions et un véritable blindage néoplasique qui remontait presque jusqu'à la symphyse sacro-iliaque. Quel rapport faut-il voir entre les deux kystes de l'ovaire et le cancer utérin ? N'y a-t-il pas, là encore, une association néoplasique, non plus simultanée, mais successive, et ne peut-on croire que l'hystérectomie abdominale totale, combinée à l'ovariotomie double, eût prévenu ce dénouement ? Au moins me semble-t-il prudent de poser cette indication, tout en reconnaissant que, dans cette chirurgie des néoplasmes, nos conclusions ne sauraient être que provisoires, jusqu'au jour, qui tarde à poindre, hélas ! où la clarté se fera sur la pathogénie du cancer.

M. Routier. — La pluralité des néoplasmes n'est pas un fait nouveau ; malheureusement, si nous pouvons enregistrer ces faits, nous ne pouvons guère en donner d'explication satisfaisante ; tout au plus peut-on en tirer cette conclusion, c'est que quand on trouve une tumeur chez un malade, il faut avant de formuler son diagnostic, et surtout son pronostic, l'examiner à fond pour ne pas laisser passer inaperçue une autre tumeur qui peut dans certains cas contre-indiquer toute thérapeutique active et opératoire.

Ceci est une théorie qu'il n'est pas toujours facile de suivre en pratique.

Je ne vous ennuierai pas de l'énumération des cas divers où j'ai vu le cancer et le fibrome réunis sur le même utérus, à ces deux variétés, même, un kyste de l'ovaire ou un kyste dermoïde surajoutés, ou encore un adénome dans le sein droit et un cancer

à gauche avec dégénérescence ultérieure de cet adénome qui après dix-sept ans devint aussi un cancer.

Je veux seulement vous rapporter deux cas récents pour lesquels j'ai fait une erreur de diagnostic ou plutôt un diagnostic incomplet et qui à ce point de vue me paraissent intéressants à signaler.

En février dernier j'étais consulté par une demoiselle de trente-trois ans pour des pertes utérines qui depuis trois mois devenaient inquiétantes. Malgré des difficultés très grandes de pratiquer le toucher, le diagnostic fibrome était facile; il existait un fibrome utérin de la grosseur d'une tête d'adulte; la malade ne se plaignait pas d'autre chose, elle avait toujours joui d'une bonne santé, ce qui m'était confirmé par le médecin de la famille.

Il fut convenu que j'opérerais ce fibrome dans les premiers jours de mars.

Dix jours environ avant la date convenue, cette demoiselle fut prise d'une douleur assez vive dans l'hypocondre droit, avec envie de vomir; elle rentra chez elle, se mit au lit, appela son médecin qui tout aussitôt pensa à une crise d'appendicite.

Je la vis le lendemain; le point de Mac Burney était très net; elle avait eu 37°8, mais la température était tombée à 36°8; le pouls était bon, la langue humide, il n'y avait plus de nausées, pas de rétention de gaz; nous convînmes d'attendre le jour déjà fixé pour enlever le fibrome, nous proposant de faire en même temps l'ablation de l'appendice.

Tout se passa bien jusqu'au 18 mars, jour où je pratiquai la laparotomie; j'enlevai un fibrome assez gros, en conservant l'utérus et ses annexes; j'étais ravi de mon opération curative et conservatrice à la fois, et je me mis en devoir de réséquer l'appendice.

Or cet appendice je ne le trouvai pas, mais à sa place, à la place du cæcum, et au-dessus du point d'abouchement du grêle, il existait une tumeur du côlon ascendant, tumeur dure, immobile, un cancer de l'intestin à coup sûr, j'ose l'affirmer.

Cette immobilité de la tumeur m'empêcha de tenter la résection, et c'est avec une grande tristesse que je refermai le ventre sur ce cancer.

Les suites de mon opération ont été des plus simples, mais il reste quelques difficultés dans les fonctions intestinales, et la malade ne se relève pas comme elle devrait le faire si elle n'avait été affaiblie que par ses métrorragies.

Dans un second cas, j'avais affaire à une femme chez laquelle le diagnostic de fibrome utérin n'était pas moins facile.

Le 9 janvier de cette année je pratique la laparotomie, mais sur

cet utérus fibromateux l'S iliaque posé transversalement est adhérent et aussi dur que du bois; je sépare avec peine cet intestin de l'utérus, je pratique une hystérectomie subtotale, mais je n'ose à cause de l'état général de la malade, qui était assez précaire, aggraver cette opération d'une résection intestinale.

J'ai donc laissé en place ce cancer de l'S iliaque. La malade s'est relevée, est sortie de mon service dès les premiers jours de février; j'en ai eu des nouvelles toutes récentes, elle est obligée de prendre des précautions continues pour assurer le fonctionnement de son intestin.

Je vous ai parlé de ces deux cas pour montrer surtout la difficulté de porter un diagnostic complet; il est certain que si j'avais soupçonné l'existence d'un cancer intestinal chez ma malade, je n'aurais sans doute tenté aucune opération.

Communication.

M. Riche lit une communication *sur la jéjunostomie.* — Renvoyée à une commission composée de MM. Bazy, Ricard et Schwartz, rapporteur.

Présentations de malades.

Une opérée de résection du genou depuis dix-huit ans.

M. Lucas-Championnière. — La malade que je vous présente n'a rien de bien extraordinaire puisqu'il ne s'agit que d'une résection du genou. Mais elle date d'une époque déjà ancienne et à ce titre mérite d'être examinée.

Elle a été opérée le 12 novembre 1885, il y a dix-huit ans.

Elle avait à cette époque vingt et un ans. Elle venait à Tenon pour une tumeur blanche du genou droit datant de six ans, avec subluxation du genou en arrière. Après une période de guérison relative avec ankylose en position vicieuse, elle avait fait une rechute six mois auparavant et souffrait sans rémission.

Elle subit la résection et guérit sans incident.

Je l'ai revue par hasard il y a quelques jours parce qu'elle est venue m'amener une fillette qui souffrait d'un poignet.

Cette femme a été opérée suivant ma première méthode avec

un drain postérieur à la façon de Lister et sans fils métalliques.

Elle marche, comme vous le voyez, avec peu de boiterie, très facilement, et a constamment travaillé depuis son opération. Elle s'est mariée et m'a présenté l'autre jour une fillette de sept ans, assez délicate, du reste, avec une douleur du poignet un peu suspecte.

Lorsque j'ai opéré cette femme elle était en très mauvais état général. Vous pouvez constater qu'elle a vécu sans évolution de nouveau foyer tuberculeux.

Pour apprécier la valeur de ma présentation, il faut se reporter à l'époque à laquelle elle a été opérée.

On parlait déjà beaucoup de la résection du genou. Mais on ne la faisait guère, et ceux qui la faisaient en avaient de piètres résultats. Les premiers chirurgiens qui purent montrer en France et couramment des résections du genou donnant véritablement des résultats furent Jules Bœckel et moi.

Ollier a beaucoup parlé de ses résections du genou. Mais il en avait de médiocres résultats, ce qui est facile à concevoir quand on se rappelle qu'il érigeait en principe l'inutilité de poursuivre les foyers tuberculeux, comptant sur le traitement post-opératoire pour en achever la guérison.

Il avait des cures qui n'en finissaient pas, des fistules et en somme de mauvais résultats.

La meilleure preuve nous en fut donnée à Lyon lors du congrès français. Ollier avait préparé avec soin une démonstration relative à ses résections anciennes. Il montra un nombre considérable de sujets qu'il avait opérés de résection de la plupart des articulations, coude, épaule, tibio-tarsienne, résections partielles du tarse. Il ne montra *pas un seul cas de résection* du genou.

Lorsque j'ai fait cette résection ma technique n'était pas aussi simple qu'elle l'est devenue depuis. Cependant j'ai déjà eu vers la même époque un bon nombre d'opérations qui m'ont donné les mêmes excellents résultats. Celle-ci porte dans ma statistique le numéro 6.

J'ai fait aujourd'hui 120 résections du genou qui ne m'ont donné aucun cas de mort.

La mort la plus rapprochée de l'opération que j'ai observée est survenue après cinq mois chez un sujet qui avait eu le temps de bien guérir, puis de récidiver.

Dans l'immense majorité des cas la réunion s'est produite par première intention. Les exceptions très rares se rapportent surtout à des cas dans lesquels la destruction des foyers tuberculeux ne put être complète et qui ont subi un traitement complémentaire.

Il s'agit toujours dans ces cas de sujets que l'on a trop tardé à

traiter par l'opération et qui étaient plus justiciables de l'amputation que de la résection.

J'ai observé la même condition dans les cas très rares dans lesquels le résultat a été de médiocre durée et dans lesquels une récidive a été plus ou moins rapide. Ce n'étaient pas de mêmes cas de résection.

Fracture de la rotule; hémi-cerclage; mobilisation rapide.

M. Lejars : J'avais dit, au cours de notre dernière discussion sur le traitement des fractures de la rotule, que j'étais tout prêt à expérimenter la technique de M. Quénu. Le hasard m'a fourni cette occasion, quelques jours après, sur le blessé que je vais vous présenter.

Il s'agit d'un homme de 48 ans qui avait eu déjà une fracture de la rotule droite, il y a trois ans, — fracture directe résultant d'un coup de pied. Il fut traité à l'hôpital Lariboisière, où l'on pratiqua la suture. Il reprit son travail : trois semaines après, en déchargeant un tonneau, il glissa, la jambe droite allongée, et se brisa de nouveau la rotule. Rentré à Lariboisière, il subit une nouvelle suture et sortit bien guéri ; depuis, il marchait et travaillait sans difficulté.

Le 11 mars 1903, il glisse sur une plaque de fer se tord le genou, sans tomber, et s'aperçoit qu'il ne peut plus marcher. La rotule gauche, cette fois, est fracturée. Il entre dans mon service le soir même.

Le 13 mars, je pratiquai la réunion opératoire de la rotule. Lambeau convexe en bas; évacuation de l'épanchement sanguin assez abondant : il existe deux fragments, le supérieur petit, de 1 centimètre de haut. Je pensai que le cas se prêtait à l'hémi-cerclage, je le pratiquai avec un fil de bronze d'aluminium, qui fut passé transversalement dans le fragment inférieur de la rotule, à 1 centimètre environ du plan de fracture, et, d'autre part, dans l'épaisseur du tendon rotulien. Sutures au catgut des ailerons et des plans fibreux, réunion de la peau.

Tout se passa bien; le malade se levait au douzième jour; aujourd'hui, au dix-huitième jour, il marche fort bien.

L'hémi-cerclage a été facile et nous a réussi, et je ne puis que répéter, à ce propos, que toute technique de réunion rotulienne est bonne, sous la réserve qu'elle assure une coaptation solide des fragments, et qu'elle permette de faire lever le malade de très bonne heure, cette mobilisation précoce étant, à mon sens, l'élément capital et le fond même de la méthode.

M. Lucas-Championnière. — Le malade de M. Lejars démontre une vérité que je défends depuis bien longtemps, c'est que la mobilisation précoce est la meilleure sauvegarde pour les mouvements de l'articulation.

M. Reynier. — Si cependant vous voulez remarquer que la rotule du côté opposé suturée dans son service par M. Rochard n'a été mobilisée qu'au vingtième jour, vous admettrez qu'il n'est pas besoin d'une mobilisation aussi précoce.

M. Lucas-Championnière. — Nous sommes bien loin, même avec les vingt jours de M. Reynier, de ces longues immobilisations de quarante à cinquante jours qui étaient une règle avant mes communications.

Présentations de pièces.

Tumeur kystique intra-péritonéale implantée sur l'iléon.

M. Poirier. — Je vous présente une tumeur kystique du volume d'une orange, de couleur violacée, et que j'ai détachée de la portion terminale de l'iléon, sur la convexité de laquelle elle était fixée par un pédicule de la grosseur du petit doigt. Il s'agit peut-être d'une tumeur développée aux dépens d'un diverticule intestinal. L'examen histologique nous renseignera à ce sujet, je l'espère.

Cette tumeur, déjà intéressante par elle-même, l'est encore par l'erreur de diagnostic dont elle a été l'objet. La malade qui portait cette tumeur, jeune femme de vingt-trois ans, actuellement enceinte de trois mois et demi, présenta, il y a quatre mois environ des symptômes d'appendicite : douleur nettement localisée à la fosse iliaque droite, fièvre légère, vomissements; le médecin diagnostiqua appendicite, ordonna le traitement ordinaire, et les symptômes s'atténuèrent et disparurent au bout de trois jours. Deux fois, depuis ce temps, les premiers accidents se sont représentés, et c'est à la suite de cette troisième atteinte dite d'appendicite que la malade est entrée dans mon service pour se faire opérer. J'ai reconnu, avec un point douloureux dans la région iléo-ombilicale l'existence d'une tuméfaction profonde, du volume d'une grosse orange, et, conformément à mon habitude, je suis intervenu contre ce que je croyais être une appendicite. Par l'incision ordinaire je suis arrivé sur cette tumeur, dont l'aspect noi-

râtre, violacé et la consistance fluctuante m'ont fait conclure immédiatement à l'existence d'un kyste à pédicule tordu. Ayant attiré la tumeur hors du ventre, j'ai été surpris en constatant qu'elle s'implantait par un pédicule gros comme l'index sur l'iléon. Ce pédicule présentait un demi-tour de torsion. La section du pédicule a donné lieu à une hémorragie veineuse assez grosse et nous a permis de voir que la tumeur n'était point en continuité avec la cavité intestinale. J'ai arrêté l'hémorragie par plusieurs points de suture passés dans l'épaisseur de la tunique musculaire de l'intestin et j'ai fermé le point d'implantation en l'enfouissant sous des sutures séro-séreuses. Il est, je crois, permis de conclure de ces constatations que les prétendues crises d'appendicite répondaient à des périodes de torsion du pédicule de cette tumeur kystique, dont je vous communiquerai bientôt l'examen histologique.

Dégénérescence des fibromes utérins.

M. Potherat. — La pièce que je vous présente est un utérus, avec ses annexes et des fibromes multiples développés à ses dépens, — le tout enlevé par hystérectomie sus-vaginale. De ces fibromes, nombreux, les uns sont petits, d'autres moyens, d'autres très gros; ils sont interstitiels et sous-péritonéaux; le tout est du poids de 4 kil. 200.

Deux particularités sont à relever dans ce cas : d'abord les altérations de dégénérescence dont sont atteints plusieurs de ces fibromes, et ensuite les particularités de l'évolution clinique.

Au point de vue des dégénérescences vous voyez plusieurs de ces fibromes présenter de petites cavités kystiques à contenu séreux, et surtout des foyers d'hémorragies interstitielles.

Ce gros polype sous-péritonéal présente dans la plus grande partie de son étendue, sur la coupe, une zone de coloration jaune clair, uniforme, de consistance plus molle; on dirait une masse caséeuse ou caséo-adipeuse au centre du fibrome.

Cet autre fibrome, gros comme les deux poings, de coloration noirâtre, de situation interstitielle, présente, à son centre, une altération plus curieuse encore. Il y a là une cavité de la dimension d'un petit œuf de poule à parois unies, lisses, mais non muqueuses; dans cette cavité fait saillie, comme le ferait, dans la cavité de l'utérus, un polype sous-muqueux, un fibrome sessile du volume d'une noix. Aussitôt après l'opération une odeur gangréneuse, nauséabonde, s'échappait de cette cavité, qui n'a, ainsi

que vous pouvez en juger, aucun rapport ni de continuité, ni même de contiguïté, avec la cavité utérine.

Je n'insiste pas davantage sur ces dégénérescences, qui devront être étudiées histologiquement pour préciser leur nature exacte.

L'histoire clinique de cette malade n'est pas sans intérêt. Cette femme âgée de trente-deux ans, mariée depuis quatre ans, avait remarqué une tumeur dans son bas-ventre peu de temps après son mariage ; cette tumeur siégeait à droite ; bientôt une autre apparut à gauche ; toutes deux se développèrent progressivement et devenaient de plus en plus apparentes, s'acccompagnant de douleurs abdomino-pelviennes chaque jour plus marquées, cependant tolérables jusqu'en ces derniers temps. Les règles étaient abondantes, les hémorragies rares et peu considérables. Les époques menstruelles n'avaient *jamais* manqué jusqu'au mois de janvier dernier ; mais, ni en janvier, ni en février, ni en mars, les règles ne reparurent ; en même temps une tumeur médiane, intermédiaire aux deux autres, apparut, qui se développait rapidement. Quand la malade entra dans mon service, les seins étaient tuméfiés, sensibles à la pression ; celle-ci faisait aisément sourdre du colostrum.

Tous ces phénomènes rapprochés étaient de nature à faire admettre une grossesse probable de trois mois, et mes internes acceptaient fermement ce diagnostic que je repoussais pour les raisons suivantes : le col était fortement dévié derrière la symphyse pubienne, et dans une position peu propice à la conception ; ce col n'était pas très dur, mais il n'était pas réellement mou, ni entr'ouvert ; enfin, en aucun point, soit par le toucher vaginal, soit par le palper abdominal, on ne trouvait de masse ramollie.

La grossesse pourtant sembla devenir moins discutable quelques jours après l'admission de la malade dans mon service, quand survinrent des crises de douleurs pelviennes violentes, paroxystiques, semblables à des contractions utérines, accompagnées bientôt d'un écoulement sanguin et glaireux, quand en un mot se montra le complexus symptomatique d'une fausse couche imminente rendue difficile ou même impossible par la disposition des parties.

L'indication devenait pressante d'intervenir ; la malade, fortement amaigrie, souffrait constamment ; elle ne pouvait allonger les membres inférieurs ou le tronc sans éveiller des douleurs très vives. Elle était obligée de se tenir repliée sur elle-même pour relâcher ses parois abdominales. La température, normale le matin, atteignait 38°5 le soir ; le pouls se maintenait à 80, la respiration à 28 ; l'appétit était nul, les nausées fréquentes.

Cet état, déjà inquiétant par lui-même, s'aggrava rapidement du fait de cette pseudo fausse couche imminente, et je dus opérer, en quelque sorte d'urgence, en m'aidant de l'anesthésie par l'éther. L'opération, quoique laborieuse, fut relativement rapide; je fis la section supravaginale de l'utérus. L'opération achevée, j'avais hâte d'examiner le contenu de l'utérus que j'avais trouvé largement ouvert et à parois molles. Or, la cavité utérine ne contenait ni fœtus, ni placenta, mais seulement quelques caillots cruoriques et fibrineux.

Il n'y avait donc pas de grossesse, et l'ensemble des signes signalés plus haut se rapportait uniquement à l'évolution de fibromes utérins.

Plus d'une fois j'ai observé le développement des seins, la pigmentation de l'aréole, la turgescence des tubercules de Morgagni, voire même du colostrum, mais jamais je n'avais vu, en même temps, un développement tout à coup plus rapide du ventre, une cessation complète et subite des époques menstruelles jusque-là parfaitement régulières, en un mot un ensemble symptomatique si bien fait pour induire en erreur.

C'était là la particularité clinique de ce cas, que je désirais souligner. La malade opérée il y a six jours est maintenant apyrétique, va très bien et me paraît en bonne voie de guérison.

Fibromes et cancer de l'utérus.

M. Potherat. — La présence simultanée dans un utérus de fibromes et de cancer n'est pas rare, sans être très fréquente. Mais ce qu'on observe le plus souvent, en pareil cas, c'est l'épithélioma du col, et le plus ordinairement le diagnostic des deux lésions se fait aisément, et, comme conclusion, l'hystérectomie totale est la seule opération indiquée.

Je vous ai présenté ici un bel exemple de cette modalité pathologique, il y a quatre ans.

Plus rares sont les cas où les fibromes de l'utérus sont accompagnés d'un cancer du corps de l'organe, et le diagnostic, dans ces cas, devient difficile et même impossible lorsqu'il existe un polype fibreux intra-utérin constatable, et justifiant par lui-même les écoulements aqueux, sanguins, ou même ichoreux.

C'était le cas dans le fait actuel. La malade âgée de cinquante-huit ans avait vu, il y a deux ans, apparaître des écoulements de sang et d'eau, parfois fétides, souvent abondants. En ces derniers

temps, elle en vint même à perdre un liquide puriforme. Au toucher vaginal on sentait un utérus gros, avec une masse dure dans sa paroi antérieure. La cavité utérine, très agrandie (hystérométrie = 13), était en partie occupée par un polype arrondi, dur. Je fis donc le diagnostic de fibromes utérins interstitiels et de polype fibreux intra-utérin, et je décidai de pratiquer l'hystérectomie vaginale.

En procédant au curettage préalable, je fus un peu surpris de trouver en abondance une matière blanche, grenue, friable, absolument analogue à la matière qu'on enlève à la curette, dans l'épaisseur d'un col atteint d'épithélioma infiltrant. L'hystérectomie effectuée, la pièce me montra, ainsi que vous pouvez le constater, outre le polype fibreux et les fibromes interstitiels ou sous-péritonéaux, la présence sur la paroi postéro-latérale droite de l'utérus d'un cancer des dimensions d'une pièce de 5 francs et même plus, cancer ayant atteint toute l'épaisseur de la paroi utérine jusqu'au péritoine exclusivement, et limité par des bords relevés, durs et nets. Il s'agit bien là d'un cancer du corps, et je me félicite d'avoir pratiqué l'hystérectomie totale, car j'avais eu un moment la pensée de pratiquer l'*incision bi-cervicale transverse* de mon maître, M. Segond, et d'extirper, sans hystérectomie, le polype intra-utérin, plan qu'il m'eût d'ailleurs été difficile de réaliser dans ce cas, et auquel j'avais rapidement renoncé en constatant l'existence d'un autre fibrome dans l'épaisseur de la paroi antérieure. L'opération rapidement exécutée n'a présenté aucune particularité digne d'être notée. Elle ne date encore que de trente-six heures.

Fibrome aponévrotique de la paroi abdominale chez un homme.

M. POTHERAT. — Le fibrome régulièrement globuleux, de consistance ligneuse, du volume d'une petite tête de fœtus, que je vous présente, provient de la paroi antérieure de l'abdomen d'un homme de mon service de la Maison municipale de santé. Sur une coupe transversale, il présente cet aspect blanc nacré, ces fibrilles concentriques, cette consistance uniforme que nous avons coutume d'observer dans les fibromes de l'utérus. Et il n'est personne, qui, non prévenu, ne le prendrait pour un fibro-myome de l'utérus.

Il siégeait à droite de la ligne médiane, dans l'espace situé entre le rebord des fausses côtes et l'horizontale passant par

l'ombilic. Mobile quand la paroi abdominale était relâchée, il se fixait quand on faisait contracter celle-ci, mais sans s'enfoncer dans l'abdomen, indice certain de son adhérence à la paroi musculo-aponévrotique et de son développement extra-abdominal.

Une incision faite verticalement suivant l'axe du muscle grand droit conduisit sur la tumeur après traversée de la peau, du tissu cellulaire et du feuillet antérieur de la gaine du muscle. Le fibrome était situé entre les fibres du muscle, sous-jacentes, non adhérentes, non dissociées, et l'aponévrose antérieure soulevée, mais fortement adhérente. De sorte que le fibrome paraît s'être développé aux dépens de cette aponévrose ; toutefois, il était parfaitement et très facilement énucléable, et n'avait aucune connexion avec le squelette du voisinage, mais il répondait à une intersection fibreuse du muscle ; il se pourrait que cela ne fût pas pure coïncidence.

Cet homme, âgé de quarante ans, exerce la profession d'employé aux écritures.

Rien de particulier ne peut être relevé dans ses antécédents se rapportant à la lésion présente. Celle-ci a été découverte accidentellement par le malade ; elle était alors grosse comme une noix. Elle s'est depuis progressivement développée, sans occasionner de douleurs.

Appendice contenant une épingle.

M. QUÉNU. — Je présente à titre de curiosité anatomique et dans le seul but de montrer la tolérance de certains appendices pour des corps étrangers, cet appendice trouvé à l'amphithéâtre. Il renfermait une longue épingle à pointe libre tournée vers l'extrémité de l'appendice ; le corps de l'épingle est entouré d'une concrétion stercorale, la tête est libre. Extérieurement, du côté du revêtement péritonéal, aucune trace de lésion, pas la moindre adhérence, ni fausse membrane, ni épaississement, ni changement de coloration. Le volume de la concrétion qui entoure l'épingle démontre une certaine durée pour le séjour appendiculaire de l'épingle. Tout dernièrement, Bell (*Philad. med. journ.*, nov. 1902, cité dans la *Semaine Médicale*, 1er avril 1903) a signalé un fait analogue d'épingle ayant séjourné longtemps dans l'appendice, sans provoquer de phénomènes inflammatoires.

Présentation d'un ostéome de la cuisse.

M. Lucien Picqué. — J'ai l'honneur de vous présenter un ostéome que j'ai extrait de l'extrémité supérieure du moyen adducteur.

Cet ostéome présente une forme pyramidale dont la base était fixée très intimement au corps du pubis : il représente une véritable apophyse.

Les fibres tendineuses et musculaires recouvraient toutes les faces de l'ostéome.

Ce qui m'a paru intéressant, c'est que cet ostéome, contrairement à ce qu'on observe habituellement, est arrivé à la période ultime de l'ossification.

Le malade était aliéné et je n'ai pu avoir aucun renseignement sur l'âge de cet ostéome, ni sur les conditions dans lesquelles il s'était développé.

Tumeur du cerveau, lobe frontal. Épilepsie partielle. Ablation. Tumeur hors la région des centres.

M. Lucas-Championnière. — La tumeur que je présente est intéressante à des titres divers. C'est une volumineuse tumeur du cerveau plus grosse qu'une mandarine, appartenant au lobe frontal droit, que j'ai enlevée le 27 mars 1903, à l'Hôtel-Dieu.

Cette volumineuse tumeur occupait une région qui n'est point excitable, dans le lobe frontal droit. Cependant elle avait donné lieu à des phénomènes convulsifs bien localisés sur le membre supérieur gauche.

Elle était située dans une région très analogue à celle qu'occupait une tumeur cérébrale présentée l'année dernière à l'Académie par M. Dieulafoy, ayant aussi provoqué de l'épilepsie partielle, et considérée par lui comme donnant des indications différentes de celles que l'on reconnaît.

Au cours d'une opération très large dans la région des centres à droite, il fut facile de constater que les circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante étaient indemnes. Mais en avant, un point me parut suspect et j'agrandis l'orifice osseux, et découvris sur le lobe frontal une tumeur du volume d'une grosse mandarine qu'il me fut possible d'énucléer.

Cette observation démontre, comme je l'ai indiqué bien des fois, que l'épilepsie partielle, que l'on dit à tort jacksonienne, n'indique pas du tout *nécessairement* et *précisément* une lésion de la région motrice, mais plus probablement une lésion voisine des centres moteurs.

Pourtant, quoique les symptômes de localisation ne soient pas très nets, ils peuvent suffire à motiver la trépanation.

D'abord, même en cas d'éloignement de la lésion, elle soulage le sujet par la détente obtenue. En cas de rapprochement, ce qui est la chose commune, ils permettent de faire l'ablation ou la destruction de la lésion *voisine* des centres découverts.

Ici l'opération fut bien indiquée et dirigée.

Malheureusement, le sujet a succombé rapidement.

Peut-être la décompression brusque d'une énorme surface cérébrale a-t-elle contribué à cette terminaison. Je crois plutôt qu'il faut chercher la cause de la mort dans l'hémorragie opératoire.

J'ai bien souvent répété ici que l'hémorragie était la grande difficulté de la chirurgie cérébrale. J'ai vu des hémorragies extraordinairement menaçantes. Les moyens de remédier pour le présent et pour la suite de l'opération, sont très inférieurs à ceux dont nous disposons pour la chirurgie de toutes les autres régions.

Ici le sujet saignait par les plus petits vaisseaux. C'était un véritable hémophile. La peau, le périoste, la surface osseuse, et après la trépanation la coupe des os, saignaient abondamment. Lorsque je découvris la tumeur, j'hésitais à m'arrêter pour faire l'opération en deux temps. Mais je pensai que l'hémorragie ne pouvait être suspendue qu'après la décompression due à l'ablation de la tumeur, et je continuai l'opération.

La tumeur enlevée, un tamponnement de la grande cavité intracérébrale me permit d'arrêter le sang sans déterminer de pression exagérée. Je pus espérer que les injections de sérum commencées au cours de l'opération suffiraient à arrêter les accidents. Il n'en fut rien, le sujet succomba au bout de quatre heures.

Je ne pense pas qu'il y ait eu d'autre hémorragie abondante. Cependant il m'a été impossible d'obtenir l'autopsie. Il s'agissait d'un ancien garçon d'amphithéâtre, et un de ses parents également garçon d'amphithéâtre opposa toutes défenses possibles à l'autopsie.

Il est regrettable que nous n'ayons pu constater s'il n'y avait d'autres lésions, d'autres tumeurs, ou quelque accident d'un autre ordre.

L'examen histologique de la tumeur n'a pu être encore fait.

Voici son observation résumée :

Cet homme âgé de cinquante-trois ans, qui n'a jamais présenté

aucun accident du côté du système nerveux, sauf une tendance assez marquée aux douleurs de tête, a été pris brusquement, le 8 mars 1897, des premiers accidents convulsifs qu'il subit si fréquemment aujourd'hui.

Ce fut immédiatement après avoir mangé, douleur vive dans le pouce de la main gauche qui fut secoué d'une façon terrible, sans qu'il put arrêter le mouvement qui le prenait. Puis il perdit connaissance et urina sous lui.

Ses crises rares d'abord sont devenues rapidement fréquentes; limitées d'abord au pouce, elles ont gagné la paume de la main, puis le poignet, puis tout le bras.

Plus tard, elles se sont étendues à la jambe gauche.

Aujourd'hui les secousses locales s'accompagnent de secousses dans tous le corps, quoique le côté gauche soit toujours beaucoup plus agité que le côté droit.

Pendant assez longtemps, ces accidents ne paraissaient pas avoir beaucoup modifié l'état mental du sujet. Depuis une année, il s'est beaucoup transformé.

Non seulement le travail lui est devenu très difficile, mais son état mental s'est beaucoup affaibli. Il est dans un état d'hébétude prononcée qui s'exagère après les crises.

Celles-ci sont même accompagnées d'un véritable accès d'aliénation mentale au cours duquel il crie, il menace, effrayant beaucoup tous ceux qui ont assisté à la crise.

Cependant, c'est un sujet très doux, très calme dans l'habitude de la vie ; il est plutôt intelligent, explique le développement de sa maladie, fait un compte de ses grandes crises, et décrit bien ses douleurs et les petites crises au cours desquelles il ne perd pas toujours connaissance. Ces petites crises se marquent par des douleurs et quelques convulsions qui semblent s'arrêter par la compression du membre.

Il a été soigné longuement par bien des médecins.

M. Gilbert Ballet l'a vu et a fait un diagnostic de tumeur cérébrale.

L'administration du bromure de potassium à haute dose a éloigné ses crises et les a rendues moins intenses.

Mais aussitôt qu'il cesse d'en prendre, les crises recommencent plus violentes.

Même dans ces derniers temps les crises sont devenues d'une fréquence et d'une intensité toujours croissantes, et le patient qui, il y a quelques mois, n'acceptait pas une intervention, la sollicite aujourd'hui comme une délivrance.

Bien qu'il ait été garçon d'amphithéâtre, il n'est pas du tout alcoolique, et nie l'avoir jamais été.

Il a toujours souffert dans le côté droit de la tête depuis qu'il a ses convulsions. Il semble même qu'en outre de ses douleurs spontanées, il a quelques douleurs à la pression. Toutefois, il n'indique pas d'une façon bien précise le siège de ces douleurs qui paraît varier un peu. Il m'a indiqué la région antérieure du pariétal et a montré à d'autres la région postérieure.

Le Secrétaire annuel,
TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 8 AVRIL 1903

Présidence de M. KIRMISSON.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Une lettre de M. TUFFIER qui, retenu par la maladie de l'un des siens, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

2°. — Une lettre de M. DEMOULIN qui, retenu par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une lettre de la Société des sciences médicales de Vichy invitant la Société de chirurgie à se faire représenter à l'inauguration du nouvel établissement thermal, qui doit avoir lieu le dimanche 31 mai 1903.

Rapports.

Malformations traumatiques traitées par l'inclusion prothétique de la paraffine : application de moules en vulcanite pour maintenir le modelage jusqu'à restauration complète.

par M. le Dr DELANGRE (de Tournai).

Rapport de M. A. GUINARD.

Dans la séance du 21 janvier, vous m'avez chargé d'un rapport sur un mémoire de M. le Dr Delangre (de Tournai), mémoire qui a trait à la réparation du nez par les injections de paraffine. A la fin de notre séance du 11 fevrier, M. Delangre nous présentait le

malade qui a été l'occasion de son mémoire, et vous avez pu voir que le résultat cosmétique obtenu était des plus remarquables.

Il s'agissait d'un officier français de quarante-six ans qui en 1889 a été piétiné par un cheval. Il a eu dans cet accident une fracture de la cloison et des os propres du nez, de l'unguis, de l'apophyse montante du maxillaire supérieur et de la partie inférieure du frontal ; les voies lacrymales furent lésées aussi : bref il résulta de toutes ces lésions une difformité des plus complexes qui nécessita plusieurs interventions. « En 1890, nous dit M. Delangre, Ollier restaura la paupière supérieure gauche et enleva une esquille formée par les deux tiers de l'arcade sourcilière. L'année suivante, Péan pratiqua l'ablation de deux fortes saillies latérales formées par les os propres du nez et une portion de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

« En 1895 un chirurgien de Paris tenta en vain la restauration du nez au moyen d'un appareil en aluminium inclus sous la peau : l'appareil ne fut toléré que quarante jours, laps de temps au bout duquel il fut éliminé, laissant à sa suite une suppuration qui fut tarie au bout de quelques semaines. » Ce malade a consulté un bon nombre de chirurgiens de Paris depuis 1889, et beaucoup d'entre nous le connaissent. L'an dernier, M. Bouglé l'a opéré pour un ectropion de la paupière. J'insiste sur toutes ces tentatives de restauration pour bien montrer qu'il s'agissait là d'un cas des plus complexes, et voici la description que donne M. Delangre de son état en août 1902 lorsqu'il commença le traitement. « Il y avait un affaissement, une dépression s'étendant des cartilages du nez au tiers inférieur inclus de l'os frontal et se prolongeant à gauche jusqu'à 5 centimètres au-dessus de l'arcade sourcillière, dépression inégale défigurant absolument le malade. » Le traitement par les injections sous-cutanées de paraffine fut commencé le 14 août et ici je laisse la parole à M. Delangre : « En deux séances qui eurent lieu les 14 et 21 août, je pratiquai dix à douze injections de paraffine disséminées sur toute la zone déprimée, et je pus constater que sauf au niveau de l'emplacement de l'os nasal droit dont la majeure partie a dû être enlevée, et où les tissus sous-cutanés, néanmoins assez lâches, permettaient la pénétration de l'agent de prothèse, partout ailleurs la région traumatisée était absolument scléreuse, formée par des traînées de tissu fibreux dans lequel les injections réitérées de petites quantités de paraffine étaient très pénibles. C'est en raison de cette difficulté technique que je priai le malade de revenir quelques mois plus tard pour mener à bonne fin le travail prothétique à peine ébauché, me basant sur cette observation que j'ai pu noter fréquemment au cours de la pratique des injections de vaseline

depuis 1899, observation consistant dans ce fait que l'inclusion de cette substance a pour effet de relâcher progressivement les adhérences et par suite, d'assouplir, au bout d'un certain laps de temps, la trame des tissus où ont été pratiquées des opérations antérieures. Nos espérances ne furent pas déçues. En effet, les 3 et 4 janvier 1903, nous pûmes niveler aisément toute la région, tant les tissus se prêtaient bien aux injections de paraffine.

« Dans les quatre séances, il a été ainsi injecté *in situ* dix-huit centimètres cubes de paraffine fusible à 55 degrés et légèrement colorée par la poudre de corail. »

Si cette observation se terminait là, ce ne serait qu'un cas de plus à ajouter aux faits déjà très nombreux de beaux résultats *immédiats* obtenus par l'inclusion sous-cutanée de la paraffine. Mais je veux insister sur une technique nouvelle imaginée par M. Delangre, et qui peut être susceptible de parer à un des inconvénients de la méthode : ce qu'on reproche en effet à cette prothèse, c'est son instabilité. Il ne s'agit pas de voir un malade un mois ou deux après l'opération, il faut savoir ce qu'il est devenu au bout d'un an ou deux. Le gros écueil est dans la migration ultérieure de la paraffine, et dans l'affaissement secondaire des parties. Le difficile est de maintenir la forme qu'on a modelée au moment de l'injection et pour cela, il fallait trouver un moyen de rendre la paraffine injectée non mobilisable, dans les jours qui suivent l'opération. C'est là ce qui fait l'intérêt de la présentation de M. Delangre : il pense avoir trouvé le moyen d'obtenir une contention permanente d'une certaine durée pour conserver la fixité et la configuration voulues à la région restaurée. Voici comment M. Delangre décrit son nouveau procédé :

« Avant de commencer les injections, on prend une empreinte en gutta percha pour avoir ensuite la forme exacte en plâtre de la zone en voie de restauration, forme sur laquelle on apporte (avec de la cire) toutes les corrections appropriées pour donner au nez l'aspect désiré, dès lors, sur ce moule corrigé, on fait faire un appareil en vulcanite composé de deux empreintes ayant pour but d'imprimer aux tissus infiltrés de paraffine l'aspect régulier projeté. Ces deux pièces (que je vous présente) exactement semblables, sont rivées l'une à l'autre à leur partie médiane supérieure et inférieure ; l'interne appliquée sur la peau est très mince, de façon à être souple et élastique ; l'externe rigide et d'une épaisseur de 2 à 3 millimètres, est perforée de quelques trous dans lesquels s'adaptent des vis qui peuvent refouler graduellement la première enveloppe sur les parties à comprimer, suivant l'opportunité des pressions utiles à répartir sur la région considérée. »

Tel est l'appareil que je vous présente. Sur le malade de M. Delangre que vous avez pu voir ici, l'appareil est resté en place plusieurs semaines pour maintenir rigoureusement l'arête médiane du nez. On a ainsi le temps d'obtenir la formation de nouvelles adhérences qui emprisonneront dans leurs mailles la paraffine incluse rendue non mobilisable. Le mémoire de M. Delangre vise donc un point spécial de la technique des injections de paraffine. Il ne revient pas sur les détails qu'il a donnés au dernier congrès de chirurgie (page 264), relativement au mode d'injection de la substance choisie et à la supériorité de la paraffine fusible à 55 degrés. Il insiste seulement : 1° sur l'utilité des séances multiples et espacées; 2° sur l'application d'un appareil de contention permanente moulé sur un modèle de correction.

A propos de cette observation, je vous demande la permission de vous relater un fait qui m'est personnel. Il s'agit d'une déformation traumatique du nez que j'ai réparée à l'aide des injections de vaseline sous la peau.

Un de nos confrères, après une violente chute sur la face eut un écrasement du nez. L'os propre du côté droit était complètement brisé, avec de nombreuses esquilles dont l'une faisait saillie et soulevait la peau comme un piquet de tente. L'os propre du côté gauche n'avait subi qu'un déplacement latéral. Une large plaie empêcha de mettra au début un appareil quelconque, et lorsque cette plaie fut cicatrisée, la déformation était considérable : le nez, aquilin auparavant, avait une forme très disgracieuse de « nez en lorgnette ». Notre confrère vint me consulter deux mois après, et avec le ciseau et le marteau j'enlevai les esquilles et je régularisai les surfaces osseuses. Il en résulta une légère amélioration; mais comme l'os propre du nez à droite était en partie disparu, le nez présentait à droite une incurvation excessivement accentué comme on peut le voir sur les figures I et III. En novembre 1901, quatorze mois après l'accident, les choses étant dans l'état où on peut les voir dans les photographies I et III, je fais une injection de vaseline stérilisée sur le côté droit du nez pour combler la dépression causée par l'absence de l'os propre de ce côté. Je pousse lentement deux centimètres cubes de vaseline à la température de 38 degrés environ, dans la dépression, et le résultat immédiat est excellent. Notre confrère fit le même jour ses visites à son ordinaire. Le nez paraissait un peu épaissi à sa racine; mais dix semaines plus tard, la dépression si bien comblée par mon injection reparut un peu. Je fais alors une nouvelle injection un peu moins forte que la précédente — et cette fois l'amélioration a persisté, comme on peut le voir sur les photographies II et IV. Ces épreuves ont été faites — et j'insiste sur ce point, *dix mois après*

l'injection, ce qui montre bien que l'effet a été durable. Il y a maintenant seize mois que la vaseline est incluse, et notre confrère est dans l'état très satisfaisant que ces photographies indiquent. On peut affirmer, je pense, que ce résultat est définitif.

Notre confrère désire garder l'anonyme, et comme beaucoup d'entre vous le connaissent, j'ai dû modifier sur ces photographies la coupe des cheveux et de la barbe pour le rendre méconnaissable; mais je désire rapporter ici les réflexions que lui a suggérées la méthode. La première, c'est que ces injections sont indo-



Fig. 1
Profil droit avant les injections.

lores, et cela s'applique évidemment aux injections de paraffine, bien que la température du liquide soit un peu plus élevée. On sent une piqûre d'aiguille et un peu de tension cutanée pendant le premier quart d'heure, et on peut continuer à vaquer à ses affaires sans la moindre gêne. La seconde observation provient d'un petit incident qui se produisit au cours de la deuxième injection. Le liquide ayant été injecté moins profondément, il survint une coloration blanche de la peau, comme celle qu'on cherche à obtenir pour anesthésier la peau par une injection intra-dermique de cocaïne. On évitera cet incident en prenant soin de maintenir l'extrémité de l'aiguille *sous* la peau : dans le cas particulier, cela

n'a d'ailleurs pas eu d'autre inconvénient que de surprendre momentanément le malade et le chirurgien.

Notre confrère ajoute enfin que dans les trois premiers mois qui suivirent l'injection de vaseline, le nez, surtout par les temps chauds, parut être atteint d'un léger suintement « séborréique ». Et cependant, pendant tout ce temps, le malade a continué à se servir d'eau très chaude pour la toilette et cela n'a jamais paru avoir une influence quelconque.

Ma première injection ici a été faite en novembre 1901, mais



Fig. 11

Profil droit dix mois après la première injection.

j'avoue que ce que j'ai appris depuis cette époque, de la méthode et des accidents auxquels elle a donné lieu m'a vivement impressionné. Il faut bien savoir que les injections de vaseline sous la peau peuvent s'accompagner de phlébites et d'embolies. L'injection de la vaseline dans une veine peut être fort grave, et l'injection dans une petite artère peut provoquer une escarre. Aussi ai-je ressenti une véritable émotion rétrospective en songeant que chez mes malades (car j'ai fait des injections sous-cutanées de vaseline dans d'autres cas), j'aurais pu observer une embolie grave, une mort soudaine, ou une phlébite de l'ophtalmique. La littérature médicale a enregistré des accidents de ce genre, dans trois cas; mais il s'agis-

sait de vaseline et non de paraffine, et de plus la technique n'avait pas la précision qu'elle a maintenant pour l'inclusion de la paraffine. Dans tous les cas, je crois pouvoir dire hautement qu'il faut absolument renoncer aux injections de vaseline telles qu'on les a faites au début, et telles que je les ai faites dans mes observations. J'ajoute que tous les cas d'accidents observés après les injections de vaseline ne sont pas publiés et qu'il en existe certainement plus qu'on ne l'a dit, sans que je sois autorisé à préciser davantage.



Fig. III

Profil gauche avant les injections.

Il n'en est pas de même des injections de paraffine, et à ce point de vue, les travaux de M. Delangre sont très intéressants. Dans l'historique de la question, son nom doit être associé à celui de Gersuny, car les premières injections furent faites par ces deux chirurgiens dès l'année 1899. Je renvoie d'ailleurs pour tout ce qui a trait à l'historique de cette question au livre du Dr Lagarde (Paris 1903), où toutes ces questions sont soigneusement étudiées. On y trouvera en particulier tous les détails sur la technique des injections de paraffine qui doivent bien définitivement remplacer les injections de vaseline.

Je vous propose en terminant d'adresser des remerciements à

M. Delangre (de Tournai), pour son intéressante communication qui nous donne la primeur d'un perfectionnement appréciable dans la technique de l'inclusion prothétique de la paraffine.

Nous déposerons son mémoire dans nos archives, et nous nous



Fig. IV

Profil gauche dix mois après la première injection.

souviendrons de son nom quand nous aurons à nommer des membres correspondants étrangers.

M. Sebileau. — Que donnerait la photographie de face?

Je prendrai ultérieurement la parole sur le fond de la communication.

M. Guinard. — Le malade vu de face était moins défiguré que vu de profil. C'est l'aspect le plus défavorable qui a été photographié.

Morsure de cheval ayant nécessité la désarticulation de l'épaule. Injection préventive de sérum antitétanique. Tétanos atténué traité par le chloral et les saignées. Guérison, par M. MAUCLAIRE.

Rapport par M. BAZY.

Sous ce titre, M. Mauclaire nous a lu une observation avec présentation de malade.

Voici tout d'abord résumée l'histoire des accidents :

Un homme mordu le 6 octobre par un cheval, à la partie moyenne de la face dorsale de l'avant-bras droit, entre le lendemain à l'hôpital Bichat avec une fracture compliquée des deux os, une lymphangite grave accompagnée de fièvre vive.

En même temps qu'on lui fait plusieurs incisions profondes au thermocautère, on lui pratique une injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur qu'on renouvelle le lendemain 8.

Le 12 octobre, six jours après la morsure, les accidents locaux continuent, et, la conservation du membre étant jugée impossible, on pratique la désarticulation de l'épaule.

Le 23 octobre, dix-sept jours après la morsure, seize jours après les injections préventives et onze jours après la désarticulation, léger trismus qui augmente le soir et s'accompagne de raideur et de contracture de la nuque et du dos.

Respiration et température normales. Le malade est isolé et soumis au chloral.

Le 24 octobre, aggravation, légère dyspnée, chloral, 6 grammes. On fait une injection nouvelle (c'est la troisième) de sérum antitétanique ; fièvre légère, 37°5 matin ; 38°2 le soir.

Le 25 octobre, même état, 6 grammes de chloral ; 26 octobre, même état, 8 grammes ; 27 octobre, même état, 10 grammes ; temp., 37°4 le matin ; 37°8 le soir.

28 octobre, aggravation, la dyspnée s'accentue, cinq ou six crises de contracture dans la journée ; 37°5 matin ; 37°6 le soir ; chloral, 10 grammes.

29 octobre, même état, 10 grammes de chloral ; 30 octobre, saignée de 150 grammes ; 31 octobre, amendement des symptômes. Saignée de 250 grammes ; chloral, 12 grammes. Un peu plus de fièvre : 38°2 le matin ; 38°5 le soir.

1er novembre, saignée, 250 grammes ; chloral, 12 grammes.

2 novembre, même état, toujours un peu de fièvre : 37°8 le matin ; 38°2 le soir ; chloral, 12 grammes.

3 novembre, aggravation, trismus plus marqué, crises plus fréquentes, quatrième saignée de 200 grammes ; chloral, 12 gr.

4 novembre, détente évidente, trismus moindre, douleurs moins vives, fièvre moindre, 37°5 matin ; 37°8 soir ; chloral, 12 grammes.

M. Mauclaire se demande si la saignée est pour quelque chose dans cette détente.

5 novembre, l'amélioration s'accentue et on peut asseoir le malade pour lui faire le pansement. Le chloral est diminué, 6 grammes seulement. Temp., 37°05-37°8.

La contracture diminue de jour en jour, les muscles de la nuque restent contracturés les derniers : toutefois le 10 novembre on peut fléchir la tête et on cesse le chloral ce jour-là.

La crise tétanique est terminée : elle a duré vingt-cinq jours.

M. Mauclaire pense que les injections préventives ont pu agir en déterminant l'atténuation du tétanos, qui, d'autre part, traité par le chloral à doses croissantes et par les saignées, a guéri.

Il se reproche de n'avoir pas fait d'autres injections préventives et enfin il termine son petit travail par l'énonciation de 11 cas de tétanos qu'il a pu observer :

Deux cas à l'hôpital Lariboisière, en 1888 : 1 traité par l'amputation, mort ; le 2e par les bains et le chloral, mort.

Deux à Necker, en 1892 : deux morts, un de syncope, l'autre malgré le nettoyage de la plaie du pied au chlorure de zinc.

Un à Beaujon, en 1898 : Injection intra-cérébrale de sérum au sixième jour d'un tétanos à évolution subaiguë. Guérison.

Deux à Necker, en 1899 et 1900 : deux morts au deuxième et dixième jour malgré une injection intra-cérébrale le deuxième et le quatrième jour.

Les 4 autres cas ont été observés à l'hôpital Bichat, deux en 1900.

L'un, traité par le chloral et les injections sous-cutanées de sérum, incubation de quarante-huit heures après une amputation pour écrasement de la jambe. Mort au troisième jour de la crise,

Le 2e apparaît quinze jours après une plaie du pied. Traité par l'injection intra-cranienne de sérum, l'injection intra-rachidienne de sérum et de chloral à 2 p. 100 et des injections sous-cutanées de sérum. Mort le cinquième jour de la crise tétanique.

Le 3e a été observé en octobre 1901, traité par le chloral à hautes doses et les injections sous-cutanées de sérum ; il était apparu huit jours après une plaie de jambe. Mort huit jours après le début.

Le 4e cas de Bichat est d'octobre 1902, huit jours après une amputation d'un doigt infecté, l'incubation a été de huit jours, traité par les injections intra-craniennes et les injections intra-rachidiennes de sérum et cocaïne. Mort le quatrième jour après la crise tétanique.

Ainsi M. Mauclaire sur douze cas de tétanos qu'il a observés a eu deux guérisons et dix morts.

Les guérisons ont été obtenues une fois, dans un cas de tétanos à évolution subaiguë, par une injection intra-cérébrale de sérum antitétanique faite au sixième jour de la maladie, ce qui indique en effet un tétanos relativement peu malin.

L'autre guérison est survenue chez un individu soumis aux injections préventives et chez lequel le tétanos a évolué avec peu de fièvre, mais a été généralisé, s'est accompagné de douleurs et de crises violentes : il a guéri et on a employé le chloral à doses progressivement croissantes de 6 à 12 grammes par vingt-quatre heures, et quatre saignées de 150 à 250 grammes chacune.

A quelle influence devons-nous attribuer la guérison? M. Mauclaire considérant la détente qui s'est produite après la quatrième saignée est tenté d'admettre que cette dernière a été pour quelque chose dans la guérison. C'est possible, sans qu'il soit facile de démontrer le contraire.

En fait, il s'agissait d'un tétanos avec fièvre peu intense, et peut-être la guérison est-elle due à l'ensemble de la médication.

Cette atténuation du tétanos, M. Mauclaire pense qu'on pourrait l'attribuer aux injections préventives : il serait difficile de soutenir cette opinion si on rapproche ce cas de celui, signalé par M. Mauclaire dans son travail, où le tétanos a été d'emblée subaigu et a guéri par une injection intra-cérébrale de sérum antitétanique.

Au demeurant ce cas est le seul cas de guérison du tétanos par l'injection intra-cérébrale.

M. Mauclaire a fait quatre autres fois ces injections et a eu quatre morts : dans deux cas il n'a fait que l'injection intra-cérébrale; dans les deux autres cas, il a ajouté à cette injection intra-cérébrale de sérum antitétanique, une fois une injection intra-rachidienne de sérum antitétanique et de chloral, une fois une injection intra-rachidienne de sérum antitétanique et de cocaïne.

L'observation de M. Mauclaire prête encore à d'autres considérations : tout d'abord la désarticulation de l'épaule n'a pas empêché chez son malade l'éclosion du tétanos.

Mais peut-elle être considérée comme pouvant s'ajouter à celles qui ont été données comme preuve de l'impuissance de sérothérapie préventive du tétanos?

Je ne le pense pas. En effet, l'expérimentation paraît bien établir ce fait que l'immunisation conférée par le sérum antitétanique ne dure guère au delà d'une dizaine de jours, et d'autre part que le microbe de Nicolaïer trouve un milieu de culture très favorable dans les tissus infectés par d'autres microbes. Aussi quand on a

affaire à une plaie infectée, faut-il renouveler les injections tous les dix jours environ.

Chez le malade de M. Mauclaire le tétanos s'est déclaré au dix-septième jour après la dernière injection de sérum. Peut-être est-ce là la cause apparente de l'insuccès de la médication préventive chez son malade.

Peut-être le sérum n'était-il pas suffisamment actif : ce sont autant d'hypothèses.

Quoi qu'il en soit, nous devons toujours nous souvenir que dans le tétanos, le traitement le plus sûr est la sérothérapie préventive.

Pour ce qui me concerne, je continue à ne plus voir de tétanos dans mon service où l'on pratique systématiquement la sérothérapie préventive, et Beaujon est un des hôpitaux où on pourrait en voir facilement, tant à cause de la région où il est situé que de la nature des plaies qu'on nous y apporte, et j'espère qu'il ne reste plus un seul des sceptiques que j'ai rencontrés, quand j'ai préconisé cette sérothérapie préventive il y a sept ans et de ceux qui continuaient à le rester encore deux ans après.

La sérothérapie appliquée au traitement du tétanos confirmé est incertaine dans ses résultats. Dans ce dernier cas, le meilleur mode d'introduction de l'antitoxine dans l'organisme, d'après les expériences de Barthélemy et Descos (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, sepsembre 1902), serait l'injection intraveineuse pour le tétanos au début. Au contraire, pour le tétanos avec contractures plus ou moins généralisées, la meilleure voie d'introduction serait la voie sous-arachnoïdienne qui a donné chez les lapins deux guérisons sur quatre. Souvenons-nous toutefois qu'il s'agit d'animaux et qu'il serait peut-être prématuré de conclure qu'il en serait de même pour l'homme ; les deux faits de M. Mauclaire seraient là pour nous désabuser.

Je termine en vous priant d'adresser nos remerciements à M. Mauclaire et de l'inscrire dans un bon rang sur la liste des candidats à la place de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Communications.

Suture circulaire des artères radiale et cubitale (1)

par M. DELANGLADE, correspondant national.

Le 2 octobre 1902, à dix heures du matin, B. R., garçon laitier de vingt-et-un ans, venant de chercher du fourrage, se trouvait assis à l'arrière de sa voiture qui allait bon train. Un brusque et fort cahot le projette violemment sur le sol, et en même temps que lui sa faux. Il tombe sur le tranchant, s'entaille profondément le membre supérieur, saigne à flots, peut pourtant se relever et bondir dans une pharmacie voisine. Vite, on applique à travers ses vêtements, un lien constricteur à la racine du membre. Il était temps.

Plus tard, il est conduit à l'Hôpital de la Conception où, appelé comme chirurgien de garde, j'arrive à deux heures. Je le trouve pâle, refroidi, déprimé, ayant le pouls rapide et peu tendu malgré l'injection de sérum artificiel que l'on a commencé à faire. La plaie siège à un ou deux travers de doigts au-dessous du pli du coude. Elle ressemble à une coupe d'amphithéâtre. Toutes les parties molles de la région antérieure sont, jusqu'aux os, sectionnées avec la plus grande netteté. L'entaille va plus loin en dedans où elle s'arrête contre le nerf cubital qui n'est pas entamé; ce pendant qu'en dehors, le nerf médian et les branches sensitives du radial, du musculo-cutané, du brachial cutané interne, etc. ont été coupés avec tous les vaisseaux et muscles de la région. La partie du membre qui siège au-dessous de la bande est froide, inerte, insensible.

Après désinfection et chloroformisation, suture artérielle. Les deux bouts, béants sont aisés à trouver malgré leur rétraction. On voit en les libérant que la section a porté à un petit travers de doigt au-dessous de la bifurcation de l'humérale avant que les artères de l'avant-bras aient émis aucune collatérale. Le rapprochement est fait par des fils de soie 00 portés par une très fine aiguille à chacune de leurs extrémités. Cette disposition a pour but de traverser les tuniques artérielles de leur face externe vers la tranche de section sur l'un et l'autre bout. Grâce à cet artifice, je crois n'avoir fait aucun point perforant. Toutes les anses sont simples. Elles sont serrées au fur et à mesure de leur application,

(1) Travail lu par le secrétaire général.

toujours très modérément pour ne pas froncer les tuniques. Une seule fois, je dois couper un fil et le remplacer : l'aiguille n'avait chargé que l'adventice qui était venue dès lors se placer comme un voile sur la lumière du vaisseau. Tous mes autres fils (six pour chaque artère, ont cheminé dans la tunique moyenne. J'avais si grande hâte de diminuer la durée de l'ischémie du membre supérieur (elle se prolongeait depuis plus de quatre heures) que sitôt la suture achevée, avant même de m'occuper des veines et des nerfs, je fis retirer la bande de la racine du membre. Trois faits importants apparurent alors :

1° La suture resta étanche ;

2° Les pulsations très nettes dans le bout supérieur ne furent pas perceptibles dans le bout inférieur ;

3° La circulation se rétablit aussitôt dans tout le membre. Non seulement les téguments reprirent leur teinte rosée, mais il y eut par le bout périphérique des veines superficielles et profondes, plus que par leur bout central, une hémorrhagie gênante.

Hémostose de ces veines, suture nerveuse, suture musculaire et cutanée à grandes anses. Drainage. Pansement aseptique, le coude en flexion.

Désormais les doigts qui émergent seuls du bandage, sont chauds, roses, n'éprouvent pas de fourmillements.

Le lendemain des signes d'infection apparaissent; pouls rapide, température montant jusqu'à 40 degrés, agitation. M. Pluyette, dans le service de qui est le malade, doit retirer quelques points de suture et faire un pansement humide. Il remarque dès ce moment des traces de mortification des téguments de la partie antérieure et supérieure de l'avant-bras. La température redevient normale en deux ou trois jours, mais une escarre cutanée se délimite, s'isole, tombe.

Le 27 novembre, la plaie est fermée. La cicatrice se compose de deux parties : l'une transversale résulte de l'entaille. Elle commence en dedans à 4 cent. 5 au-dessous du sommet de l'épitrochlée et finit en dehors à 6 centimètres au-dessous du sommet de l'épicondyle. Par suite de la rétraction, elle n'occupe plus toute la largeur de la face antérieure de l'avant-bras. Son extrémité interne répond à 12 millimètres en dedans de la ligne épitrochléo-pisiforme, son extrémité externe à 14 millimètres de la ligne étendue du sommet de l'épicondyle à la gouttière radiale. L'autre partie, longitudinale, résulte du sphacèle. Elle se continue avec la précédente qu'elle rend convexe en bas et se prolonge sur 10 centimètres, large elle-même d'un doigt, à l'union des tiers externe et moyen de la face antérieure de l'avant-bras.

Il n'y a ni œdème, ni coloration anormale de la peau.

On ne sent rien de suspect au niveau de la suture artérielle. La radiale n'est pas perceptible dans la gouttière du pouls.

Les mouvements actifs du membre supérieur s'exécutent de la façon suivante : pronation et supination, amplitude restreinte, extension du coude presque normale, sa flexion limitée à 60 degrés. Flexion du poignet à 45 degrés déflexion à 30 degrés. Diminution de la flexion et de l'extension des médius, annulaire, auriculaire. Pas de mouvements des phalangine et phalangette de l'index. Immobilité du pouce au point de vue flexion et opposition. Très légers mouvements d'abduction et d'adduction dans la trapézo-métacarpienne.

Sensibilité : avant-bras, bord externe et face antérieure, sauf une bande étroite le long du bord interne, anesthésiés. Bord interne et face postérieure normaux. Main : face palmaire, anesthésie dans la région des quatre premiers métacarpiens et la face antérieure du pouce, de l'index, du médius et de la moitié externe de l'annulaire; sensibilité normale sur la moitié antéro-interne de l'annulaire et de la face antérieure de l'auriculaire. Face dorsale, sensibilité normale sauf en dehors et au dessous d'une ligne étendue de l'apophyse styloïde du radius à la racine du médius; face dorsale de l'auriculaire et de la moitié interne de l'annulaire, sensibilité conservée; anesthésie pour la face dorsale de tous les autres doigts.

La fonction est donc actuellement très imparfaite; mais la blessure des vaisseaux s'accompagnait de celle de plusieurs nerfs et surtout du médian, et la régénération de ces troncs ne peut s'être faite dans un délai si court. D'autre part il s'agissait d'une plaie septique. De ces deux facteurs dont l'importance est grande pour le résultat fonctionnel, la suture est innocente évidemment pour le premier, très probablement pour le deuxième.

Les résultats de la suture proprement dits doivent être examinés séparément pour :

1° L'étanchéité de la plaie vasculaire;

2° La perméabilité de l'artère.

Au premier égard le résultat a été bon non seulement immédiatement, ce qui n'est pas surprenant puisque l'affrontement était exact et les points non perforants mais, ce qui est plus digne d'attention, ultérieurement; il n'y a eu, et le foyer était septique, ni hémorragie secondaire, ni élimination des fils de soie, ni ectasie. J'ai revu le malade dans les premiers jours de janvier.

En ce qui concerne la perméabilité, il est beaucoup plus difficile de se prononcer. Plaideraient contre : 1° le sphacèle d'une faible portion des téguments antérieurs, mais la valeur de cet argument

serait plus grande si la plaie n'avait pas été infectée, et si le membre n'avait pas subi une ischémie totale pendant plus de quatre heures; 2° le fait qu'au cours de l'opération le pouls n'a pas repris dans le bout inférieur, et qu'ultérieurement on n'a jamais plus senti les battements de la radiale à leur place accoutumée. Le fait contraire démontrerait évidemment la perméabilité. Celui-ci témoigne que depuis l'accident il n'y a pas en aval de la suture le même courant qu'en amont. Mais faut-il conclure de lui à l'oblitération des deux vaisseaux? Cette affirmation ne me paraît pas s'imposer, et je serais porté à penser qu'un simple rétrécissement suffit à l'expliquer. Le fait cité par M. Bazy le 25 mars dernier est absolument en faveur de cette hypothèse. Mais ce qui me pousse le plus à l'admettre, c'est la rapidité avec laquelle s'est rétablie la circulation aussitôt que le lien constricteur a été retiré: téguments immédiatement roses, hémorragie veineuse immédiate. Cela ne tranche-t-il pas avec le refroidissement et la pâleur du membre si communément observés après la ligature de l'artère principale jusqu'à rétablissement de la circulation collatérale? Or les conditions dans lesquelles nous nous trouvions étaient, à cet égard, bien plus défectueuses que celles d'une ligature ordinaire. Avec les artères radiale et cubitale étaient coupées toutes les branches antérieures de la région. Comme nous nous trouvions à un doigt de la bifurcation de l'humérale et au-dessus de la naissance de toute collatérale il est certain que le système de la recurrente radiale antérieure a été sectionné, qu'il en est de même du système de la recurrente cubitale antérieure, et probablement aussi de la recurrente cubitale postérieure qui naît par un même tronc. De tout le réseau collatéral du coude il ne serait donc resté pour assurer la suppléance que la recurrente radiale postérieure, branche de l'interosseuse.

Cette seule branche aurait-elle suffi, s'il n'y avait eu aucune perméabilité des radiale et cubitale, à rétablir la circulation aussi vite? Cela me paraît plus qu'improbable. J'ajoute que les artères radiale et cubitale ayant bien leur volume normal, une anomalie vasculaire est très peu vraisemblable.

La suture artérielle circulaire a été d'une facilité qui m'a d'autant plus surpris que je ne l'avais jamais exécutée auparavant, même sur le cadavre ou les animaux. Les circonstances étaient évidemment favorables : plaie très nette, artères d'homme jeune et sain, liberté du champ opératoire grâce au lien constricteur de la racine du membre. Deux conditions encore furent peut-être heureuses à cet égard : par la rétraction, les parois artérielles n'augmentent-elles pas d'épaisseur en vertu de leur élasticité? Et d'autre part, le type musculaire des artères de moyen calibre ne

se prête-t-il pas mieux au placement des fils que le type élastique des grosses artères?

On ne peut, bien entendu songer à résoudre toutes ces questions sur un cas isolé; mais le problème des sutures artérielles et particulièrement des sutures circulaires est encore si obscur que tous les faits, bien rares d'ailleurs semble-t-il, doivent être versés aux débats.

Tuberculose : septicémique, rhumatismale, spécifique ou *classique*,

par M. Antonin PONCET.

J'ai montré, dans ces dernières années, qu'il existe un rhumatisme tuberculeux, occupant une place importante parmi les pseudo-rhumatismes; je ne viens donc pas apporter de nouveaux arguments en faveur de cette variété de rhumatisme infectieux. Il suffit, du reste, d'observer des tuberculeux pour acquérir rapidement cette conviction : qu'ils sont souvent frappés de manifestations articulaires simulant, à s'y méprendre, le rhumatisme franc, et allant depuis la simple arthralgie, les arthrites aiguës, passagères, quelquefois plus ou moins tenaces, jusqu'au rhumatisme chronique, noueux, déformant, etc.

La fréquence en est relativement grande, puisque d'après les statistiques de deux de mes élèves, les D[rs] Trébeneau et Fréd.-Ol. Merson (Thèses de Lyon, 1902-1903), 1 tuberculeux sur 5 ou 6 serait atteint de rhumatisme bacillaire, dont les localisations peuvent être aussi abarticulaires, soit primitivement, soit consécutivement (1).

Je désire simplement donner à la Société de chirurgie le résumé d'une curieuse observation ancienne dans laquelle la succession, l'évolution des lésions d'origine tuberculeuse sont telles qu'on est nécessairement amené, malgré la dissemblance des effets, à une cause unique, qui est, dans l'espèce, le poison tuberculeux.

Il s'agit d'un homme de trente-trois ans, entré récemment dans le service de mon collègue le Prof. Jaboulay, qui a bien voulu le soumettre à mon examen. L'odyssée pathologique de ce malade peut se condenser ainsi : à l'âge de quinze ans et demi, alors qu'il était berger, état infectieux grave, survenu sans cause appréciable, en dehors d'un certain degré de misère physiologique; une vingtaine de jours plus tard, attaque de rhumatisme polyar-

(1) Rhumatisme tuberculeux abarticulaire. *Académie de médecine*, juil. 1902.

ticulaire aigu, qui résiste au salicylate de soude et qui dure quelques semaines, avec des accalmies plus ou moins marquées; dans la convalescence, ostéite froide de l'extrémité supérieure du cubitus droit; quelques mois après Mal de Pott dorsal étendu, coxalgie, etc.

Ces divers accidents se succédèrent dans l'espace de trois ans, de quinze ans et demi à dix-huit ans et demi, et, pendant les quatre années qui suivirent, l'état de ce jeune homme ne subit pas de nouvel accroc, sa santé fut relativement bonne.

A cette époque, nouvelle attaque de rhumatisme articulaire aigu, ostéites, suppurées bacillaires, du sternum, de l'extrémité supérieure du tibia droit, de l'extrémité inférieure du péroné, etc.; dans la suite, signes évidents de tuberculose pulmonaire, expectoration purulente, crachats striés de sang, etc.

Enfin, dans les deux dernières années, abcès froids sous-cutanés, multiples, lésions scléro-gommeuses en diverses régions.

Aujourd'hui, cet homme est dans une bonne passe, mais sous forme de cicatrices caractéristiques, de gibbosité dorsale, d'ankylose de la hanche droite, de gommes bacillaires non encore éteintes, etc., son passé ne laisse pas de doute sur la nature des accidents, de virulence inégale, qui sont survenus depuis tantôt dix-huit ans.

Il a présenté dans ce laps de temps, les trois grandes formes cliniques et anatomo-pathologiques de l'infection bacillaire : forme septicémique d'abord, puis rhumatismale ou inflammatoire simple, et en dernier lieu, forme spécifique ou classique.

Je m'explique : L'état infectieux du début, qui a ouvert la scène pathologique, a été la première manifestation de la tuberculose.

Cet état me paraît mériter le nom de *tuberculose septicémique*, de *tuberculose infectieuse* sans localisations apparentes, et, vraisemblablement, sans lésions anatomiques d'aucune sorte (1), sans tubercules, sans granulations, en un mot, sans une de ces édifications pathologiques qu'exigent encore les anatomo-pathologistes pour affirmer une lésion tuberculeuse.

Ce qui permet de croire à cette variété encore bien peu connue de bacillose, que j'appellerai encore, avec le professeur Debove, *bacillémie*, et sur l'existence de laquelle les intéressantes recherches du professeur Landouzy (*typhlo-bacillose*) et d'autres auteurs ont déjà appelé l'attention, ce sont, en dehors des faits cliniques, d'intéressantes expériences de mon collègue le professeur Arloing.

(1) La granulie infectieuse, relativement fréquente et très bien connue, se trouve de la sorte exclue de cette étude et je n'ai pas ici à m'en occuper.

M. Arloing a vu, en effet, que des inoculations de bacilles tuberculeux, auxquels il donne le nom de bacilles tuberculeux en culture homogène, donnaient précisément lieu à des « septicémies tuberculeuses » sans lésions anatomiques appréciables, *sans tubercules*. Les animaux mouraient, et, à leur autopsie, on ne trouvait pas trace de granulations, mais, une rate, un foie, gros, remplis de bacilles.

Il est, d'autre part, fort possible, comme nombre de médecins le croient volontiers, que pas mal d'états fébriles, plus ou moins graves, qualifiés du nom de fièvre de surmenage, de croissance, d'embarras gastriques fébriles, de grippes infectieuses, etc., ne sont autres que des infections tuberculeuses. S'agit-il, dans ces cas, de granulie plus ou moins virulente, de granulie discrète (Bard)? le fait est très probable, ainsi, du reste, que l'autopsie l'a montré maintes fois, mais je crois aussi que les granulations peuvent faire totalement défaut, et que mon malade pourrait être donné comme exemple de cette forme agranulique?

Je n'insiste pas sur la nature également tuberculeuse des polyarthrites aiguës qu'il a présentées; il faudrait refaire l'histoire du pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire, ce qui n'offrirait aucun intérêt.

Je rappellerai, toutefois, que la forme rhumatismale de la tuberculose offre l'allure clinique et, le plus souvent les caractères anatomiques des lésions inflammatoires ordinaires. On se trouve en face d'un processus réactionnel qui n'a rien de spécial, et qui appartient à toute espèce d'infection ou intoxication.

Poisons microbien, végétal, minéral sont loin d'avoir toujours dans leurs lésions une signature pathogénique.

A côté de cette tuberculose, également sans tubercules, prend enfin place la bacillose spécifique ou classique, avec ses granulations, ses fongosités, son pus caséeux, etc., dont le malade a été également atteint. Elle n'a, dans la circonstance, d'autre intérêt que de souligner la parenté intime qui existe entre ces trois modalités de l'infection bacillaire.

Un poison unique, le virus tuberculeux, a, dix-huit ans durant, donné lieu à des réactions, variées, dissemblantes dans leurs formes, et cependant de même nature. Ainsi se trouve justifié le titre de cette communication, où, dans une esquisse rapide, j'ai eu particulièrement en vue, à coté du rhumatisme tuberculeux, aujourd'hui bien établi, une *septicémie tuberculeuse humaine, sans tubercule*.

M. Pierre Delbet. — Messieurs, je ne veux pas parler de la tuberculose septicémique, mais je suis heureux de profiter de la

présence de M. Poncet pour lui apporter en hommage un beau cas de rhumatisme tuberculeux.

Il s'agit d'un malheureux jeune homme affligé de plusieurs manifestations tuberculeuses. Il avait eu une tumeur blanche du cou-de-pied gauche. Cette tumeur blanche était guérie. Pendant une de mes absences, on jugea bon de lui redresser le pied qui était cependant peu dévié. On lui fit une arthrotomie à laquelle je n'ai pas assisté, mais j'en ai vu les suites : c'était un phlegmon diffus de la jambe qui m'a obligé à faire une amputation.

Ce malade a en outre une tumeur blanche du genou droit. Celle-ci est en évolution.

A diverses reprises ce malade a fait dans le coude gauche des poussées d'allure rhumatismale. La première remonte à deux ans environ. Brusquement le coude s'est tuméfié, il a acquis un volume énorme est devenu manifestement fluctuant. Je l'ai ponctionné; il en est sorti une grande quantité de pus véritable. Je portai naturellement un pronostic très grave. L'épanchement s'étant reproduit, je fis une seconde ponction. Après celle-ci tout fut fini. L'épanchement ne se reproduisit pas. Le coude reprit un aspect normal et recouvra la totalité de ses mouvements.

Cette série d'accidents s'est répétée deux fois. Entre chaque poussée le coude du malade devenait absolument normal anatomiquement et physiologiquement. On avait peine à croire qu'il ait pu être le siège de pareils épanchements purulents. Actuellement il se fait une autre poussée d'allure différente et qui paraît devoir être plus grave.

Étant donné les nombreuses manifestations tuberculeuses que présente le malade, je ne crois pas qu'on puisse douter de la nature tuberculeuse des accidents dont le coude a été le siège et par leur évolution, ils méritent vraiment le nom de rhumatisme tuberculeux.

M. Poncet. — Je remercie M. Delbet de cette intéressante observation. Son malade est un bel exemple de rhumatisme tuberculeux mono-articulaire consécutif, c'est-à-dire survenant dans le cours d'une tuberculose antérieure.

Il n'en est pas toujours ainsi, et on voit aussi un rhumatisme articulaire, aigu, subaigu, chronique, être la première manifestation de la tuberculose, sans que l'on constate de localisation bacillaire l'ayant précédé. Un de mes élèves, le Dr Egman, a bien décrit l'année dernière (*Thèse* de Lyon, 1902), ce rhumatisme tuberculeux primitif. Depuis, lors, j'ai eu l'occasion d'en recueillir plusieurs autres observations.

De tels faits sont importants à connaître, parce qu'il s'agit,

somme toute, de lésions tuberculeuses atténuées, et parce qu'il est dès lors permis, en établissant un diagnostic et un traitement précoces, de prévenir des tuberculoses viscérales ou locales plus graves.

Présentations de malades.

Hernie inguinale congénitale réduite en masse. Laparotomie. Guérison.

M. Routier. — Les réductions en masse des hernies étranglées s'observent d'habitude à la suite d'efforts de taxis, opérés soit par le malade lui-même, soit par un médecin ; il est fort rare, je crois, d'observer ce fait en dehors de toute tentative de réduction. C'est cependant ce qui s'est passé chez le malade que je vous présente ; entré dans mon service dans la nuit du 26 au 27 février, il paraissait en très bon état, n'était son ventre un peu ballonné, sans aucune localisation douloureuse.

Il nous raconta qu'à l'âge de dix-huit ans, subissant un conseil de revision, on lui signala la présence d'une hernie inguinale droite, et on lui conseilla de porter un bandage.

Il ne s'y décida qu'à vingt-trois ans ; il en a aujourd'hui trente-cinq, porte un mauvais bandage sous lequel sa hernie sort souvent ; jamais il n'éprouve de difficulté pour la rentrer.

Le 25 au matin, sa hernie le gêna ; il sortit quand même, mais, après son déjeuner, à midi, il fut pris de vomissements ; il porta la main à sa hernie, ne sentit rien, et se coucha.

Le 26, la journée ne se passa pas mal ; il n'eut pas de selles, mais ne s'en occupa pas.

Je vous ai dit comment il était le 27 au matin ; il avait 37 degrés, 70 pulsations.

Je dois dire que, d'emblée, je ne fis pas de diagnostic ; mais pour éviter tout accident, je le mis à la diète hydrique, avec de la glace sur le ventre.

Dans la journée, il vomit deux fois, se plaint de l'*hypocondre gauche* et du creux épigastrique ; ses anneaux herniaires sont libres, ses deux testicules normaux ; cependant, il a un petit kyste du cordon à droite.

Le ventre est resté ballonné ; il affirme n'avoir pas rendu de gaz et a toujours 37 degrés et 70 pulsations. Je décide la laparotomie exploratrice.

Le 28, anesthésie. Incision sus-pubienne, anses rouge horten-

sia, très vascularisées; je trouve de suite, en me portant à droite, une anse grêle qui semble tenir à la paroi; cette anse pénètre dans une tumeur comme en boudin, dont l'aspect extérieur est grisâtre, et qui se continue dans l'anneau inguinal interne; cette tumeur, formée par le péritoine, a un collet très dur, fibreux, de l'épaisseur d'un travers de doigt, tout comme un collet de sac herniaire. Je le débride, et j'en sors une anse de 10 centimètres, puis il s'écoule un liquide rougeâtre.

L'anse nettoyée est replacée dans le ventre, puis j'examine cette tumeur, ce sac, et je vois bien vite que c'est un canal vagino-péritonéal congénital. Ce premier sac se continue par une portion rétrécie qui communique avec une autre partie dilatée, encore une portion rétrécie, et enfin le kyste du cordon que je connaissais.

J'ai extirpé ce sac de dedans en dehors; le testicule pendant ce temps était venu, sous l'influence de tractions, dans le canal inguinal et presque à l'orifice péritonéal.

Tout ce canal extirpé, je fais la suture du péritoine au niveau de l'orifice profond du canal inguinal, et je referme le ventre.

J'ai fait un pansement avec compression spéciale au niveau du canal inguinal; les suites ont été très simples; il y a eu un peu de funiculite, peut-être un petit hématome du cordon tout est aujourd'hui guéri.

Voici donc une hernie inguinale congénitale, dans laquelle il semble bien qu'une anse intestinale était habituellement engagée, mais qui était aussi habituellement maintenue par un bandage, et qui, en s'étranglant, a augmenté la procidence du sac dans le ventre, simulant ainsi une réduction en masse que rien autrement ne saurait expliquer, puisqu'il n'y a eu, à aucun moment, tentative de réduction.

M. Berger. — Il me semble plus vraisemblable d'admettre chez le malade de M. Routier l'existence d'une hernie congénitale.

On peut dans ce cas trouver des collets successifs, et on peut observer la réduction en masse spontanée de la hernie à travers un anneau large sous l'influence de la traction mésentérique.

Epithélioma de la langue opéré il y a dix-huit ans. Troisième récidive.

M. A. Guinard. — Je vous présente un malade âgé de soixante-neuf ans qui a, comme vous pouvez le voir, un épithélioma ulcéré

de la langue. Or, ce malade a été opéré il y a dix-huit ans par mon maître Verneuil, et voici son observation qui m'a été remise par M. le Dr R. Colin.

« M. X..., grand viveur, grand chasseur, grand fumeur, n'a aucun antécédent syphilitique d'aucun genre. Il est de constitution très vigoureuse, et a le teint haut en couleur. Son père est mort d'un cancer de l'estomac à quatre-vingt-trois ans; sa mère a succombé à une artério-sclérose avec accidents cardiaques et emphysémateux : un de ses frères est mort à cinquante-sept ans d'angine de poitrine; sa sœur est morte à soixante-six ans d'un cancer de l'utérus; enfin il a encore deux frères vivants et bien portants.

« A l'âge de cinquante ans, début de son cancer de la langue, côté gauche, par des plaques blanches qu'il attribue à l'abus du cigare. Un an plus tard, une tumeur ulcérée apparaît à ce niveau, avec des irradiations très douloureuses et une abondante salivation accompagnée de fréquentes hémorragies. M. X..., consulte alors le professeur Verneuil qui diagnostique un épithélioma et conseille l'ablation.

« L'opération est faite le 24 juin 1885 par Verneuil avec l'assistance de MM. Mathieu et Colin. A son habitude, Verneuil, fait une opération très large et enlève avec la moitié gauche de la langue toute la région sublinguale et sous-maxillaire du même côté, comme en témoigne encore la large cicatrice et la profonde dépression qui existent sous le maxillaire. L'examen microscopique de la tumeur fait par M. Nepveu conclut à un épithélioma lingual. Bientôt survint une récidive sur le moignon de la langue, et à la fin de juillet Verneuil fit une nouvelle opération par la voie buccale et put enlever la récidive avec le galvano-cautère.

« Au milieu d'août le malade reprit sa vie active ; mais depuis cette époque, c'est-à-dire *depuis dix-huit ans*, il a eu une hygiène très sévère : ne fumant plus, s'astreignant à des marches prolongées, proscrivant complètement l'alcool, etc. A l'intérieur, l'usage du traitement arsénical (par les granules d'arséniate de soude), a été continué pendant de longs mois. Pendant ces dix-huit ans, la santé est demeurée parfaite, tant au point de vue de l'état général que de l'état local. Il y a un mois environ, les plaques blanches ont reparu sur le côté droit du moignon lingual; et actuellement, la récidive épithéliomateuse est patente : la forme papillaire est même associée à la forme ulcéreuse, et le mal siège, non pas sur la cicatrice opératoire, mais sur le milieu du bord de la langue. On trouve un petit ganglion très dur collé au maxillaire inférieur. »

Ce malade m'a paru très intéressant à deux points de vue :

1° Son observation montre qu'on a peut-être tort de ne pas intervenir toujours, en se basant sur la fréquence des récidives du cancer de la langue. Il suffit d'observer de temps en temps un cas de ce genre pour que les opérations les plus étendues soient légitimées.

2° Cette observation montre aussi combien il faut être prudent et circonspect quand on veut apprécier l'action de certains médicaments et de certains sérums sur les cancers. Il est bien clair que si ce malade avait — par malheur — suivi un traitement par un de ces sérums dont quelques-uns ont tant parlé, ou même par la quinine à hautes doses, on ne manquerait pas, avec la meilleure foi du monde, de lui attribuer cette guérison miraculeuse de dix-huit ans de durée.

M. Potherat. — Il y a environ six mois j'ai été appelé à voir une dame qui présentait des accidents intestinaux. Ces accidents étaient liés à la présence d'un cancer annulaire du rectum absolument net.

En interrogeant cette femme, âgée de soixante-douze ans, j'appris que, douze ans auparavant, elle avait été opérée par notre collègue Auguste Broca, d'un « cancer de la langue ». En examinant la langue je vis qu'un large et épais copeau avait été enlevé au côté gauche. J'en parlai à Broca qui me confirma le renseignement. L'affection du rectum confirmait le diagnostic antérieur de notre collègue, il s'agissait donc d'un cancer de la langue non récidivé au bout de douze ans.

Ces faits favorables sont malheureusement extrêmement exceptionnels.

M. Routier. — J'ai opéré, il y a juste neuf ans aujourd'hui, un monsieur pour un cancer de la langue tel que j'hésitai.

Je pratiquai la ligature des deux linguales, l'ablation des ganglions, et par les voies naturelles j'enlevai tout ce qui me parut malade de la langue : les deux tiers environ.

Un an après je dus enlever un ganglion de récidive à droite.

Depuis il ne s'est plus rien produit, et le malade va parfaitement.

L'examen histologique fut fait à l'époque de l'ablation dans le laboratoire de M. Cornil et fut positif : épithélioma.

Corps étranger articulaire d'origine traumatique.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de vous présenter un cas qui me paraît fort intéressant de corps étranger d'origine articulaire de l'articulation du genou.

Voici le fait. Le malade jeune, vigoureux, bien portant, c'est le cantinier du fort de Bicêtre, était debout, lorsqu'un soldat placé derrière lui le saisit violemment par les épaules pour lui faire exécuter une brusque pirouette. Son pied se prit entre une chaise et une table de telle sorte que la jambe ne put suivre le mouvement du corps. Il en résulta un mouvement de torsion dont l'effort porta sur le genou. Le malade ressentit une vive douleur dans cette articulation et tomba sur le dos.

Il est formel sur ce point qu'il n'a reçu aucun coup sur le genou, et que celui-ci n'a pas porté dans la chute qui s'est d'ailleurs faite sur le dos.

Quelques heures après, l'articulation avait notablement augmenté de volume.

Le malade est entré dans mon service de Bicêtre trois jours après l'accident.

Lorsque je l'examinai, je trouvai un notable épanchement articulaire. L'histoire du malade faisait penser qu'il s'agissait d'une hémarthrose, mais il y avait un symptôme qui ne cadrait pas avec ce diagnostic, c'est l'absence de tension. Dans les hémarthroses, l'épanchement sanguin acquiert dans l'articulation une tension notable et telle dans bien des cas qu'il faut appuyer fortement sur la rotule pour l'amener au contact des condyles fémoraux et percevoir le choc rotulien. Dans ce cas, l'épanchement était mou, peu tendu. Frappé de cette singularité, j'examinai attentivement l'article et je reconnus la présence d'un corps étranger qui siégeait à la partie externe, à 4 centimètres à peu près au-dessus de l'interligne articulaire. Il avait une légère mobilité transversale, mais ne s'engageait jamais entre les surfaces articulaires et revenait toujours à la même place.

Rien dans le passé du malade ne permettant de croire que ce corps étranger existait depuis longtemps, je pensai qu'il pouvait être d'origine traumatique.

Je fis radiographier le malade, et, sur les épreuves obtenues par M. Infroy, vous pouvez voir que le corps étranger s'accuse à la place que je vous ai indiquée par une ombre légère. Il était donc certain que ce corps étranger contenait une parcelle d'os et très probable par suite qu'il avait une origine traumatique.

Le 21 mars, je fis l'arthrotomie sur le corps étranger. Il s'écoula de l'articulation une synovie légèrement roussâtre, mais non du sang. Je n'eus qu'à cueillir le corps étranger qui entraîna un ruban de fibrine coagulée adhérente à la face osseuse.

Je fis sur la capsule un surjet au catgut et je suturai la peau au fil d'argent sans drainer. La réunion s'est faite par première intention et je vous présente le malade guéri.

Voici également le corps étranger. Vous voyez le ruban de fibrine qui y est resté adhérent.

Ce corps étranger est long de 21 millimètres, large de 18 et épais de 6 millimètres.

Sa face convexe est cartilagineuse. Sa face concave est en partie recouverte d'une couche osseuse qui acquiert son maximum d'épaisseur sur l'un des bords.

Il est de toute évidence que ce corps étranger n'est qu'un éclat détaché d'une surface articulaire, et sa forme permet de croire qu'il provient d'un condyle fémoral. Au cours de l'opération, j'ai cherché de quel point il avait été détaché. Je n'ai rien senti, mais je me hâte de le dire, mon exploration a été très incomplète : je ne me suis pas cru le droit d'agrandir l'incision ni de traumatiser l'article pour satisfaire une simple curiosité. L'examen du corps étranger permet d'affirmer son origine, et c'est la chose importante.

Il y a deux points qui me paraissent dignes d'être mis en lumière.

D'abord le malade n'a reçu aucun choc direct sur le genou. Les observations de ce genre sont très rares, et dans des recherches, d'ailleurs rapides, je n'en ai pas trouvé d'autres que celles qui sont citées dans l'article de Chipault du Traité de chirurgie dont M. le professeur Le Dentu et moi avons dirigé la publication.

Lorsque le malade reçoit un coup violent sur le genou, on peut toujours supposer que le fragment ostéo-cartilagineux a été détaché directement par le traumatisme. Ici, il n'en peut être de même.

On ne peut pas d'avantage admettre que le fragment ait été arraché par un ligament, puisque toute sa face convexe est cartilagineuse et qu'il était complètement libre dans l'articulation.

On est donc bien forcé de supposer le mécanisme suivant : la torsion a amené un excès de pression en un point. Cet excès de pression tendant à redresser la courbure au point pressé en a amené l'éclatement.

Le second point curieux, c'est que cet éclatement entraîne aussi peu de désordres articulaires. En effet bien que la face profonde du corps étranger soit en partie osseuse et qu'il y ait eu par con-

séquent une plaie osseuse, l'épanchement articulaire n'était pas du sang. La synovie était certainement plus colorée qu'à l'état normal, mais enfin ce n'était pas une hémarthrose.

En outre, après l'extraction du corps étranger, l'épanchement articulaire ne s'est pas reproduit. J'ai fait lever le malade au bout de quinze jours. Immédiatement il s'est mis à marcher. Aujourd'hui, dix-sept jours après l'opération, il marche très bien, il peut se mettre à genoux, et dans les mouvements les plus étendus on ne perçoit aucun craquement dans son articulation.

Ce fait curieux m'a paru digne d'être consigné dans nos bulletins.

Tumeur volumineuse de la parotide (myxo-fibro-chondro-sarcome); extirpation; phénomènes de paralysie faciale consécutifs.

M. Paul Berger. — Cette tumeur est la tumeur parotidienne la plus volumineuse que j'ai extirpée; elle mesurait plus de 15 centimètres de diamètre et dépassait le volume du poing. Il y avait dix ans que la malade, actuellement âgée de trente-sept ans, en connaissait l'existence; mais ce n'est que dans ces dernières années que cette tumeur avait subi une augmentation rapide. Elle était dure, bosselée, très irrégulière de forme et de consistance; très mobile en apparence sur les parties profondes, sans adhérence à la peau, elle présentait néanmoins un point d'attache qui paraissait s'implanter profondément dans la région parotidienne, au-dessous du conduit auditif externe; la tumeur était insensible et ne déterminait aucun autre trouble fonctionnel qu'un certain degré de pesanteur; la contraction des muscles de la face était conservée.

J'en pratiquai l'extirpation le 5 mars. Au moyen d'une incision courbe postérieure, j'arrivai sur le tissu de la tumeur dont j'isolai d'abord toute la partie superficielle, cheminant autant que possible entre le tissu même de la tumeur et la capsule qui l'entourait, mais forcé souvent de recourir à la dissection avec le bistouri ou les ciseaux pour sectionner les tractus fibreux qui unissaient la tumeur à la face interne de la capsule. L'isolement de la partie profonde fut plus aisé, il put se faire presque entièrement par énucléation, quoique la tumeur pénétrât très profondément dans l'excavation parotidienne. Je pus voir et éviter le tronc du nerf facial et ses deux branches cervico et temporo-faciales qui étaient situés à la partie profonde et sous-jacente de la tumeur. L'opération fut, somme toute, facile et la guérison se fit par première intention.

Je n'ai vu qu'un chondro-myxome parotidien plus volumineux que celui-ci ; je vous en présente le moulage que je déposerai au musée Dupuytren ; cette tumeur s'étendait de l'apophyse mastoïde à la clavicule ; elle était bosselée, irrégulière, recouverte d'arborisations nombreuses ; il n'existait pas de paralysie faciale et la tumeur, très mobile, paraissait énucléable sans difficulté notable ; mais la malade qui la portait, âgée de quatre-vingt-six ans, était fort affaiblie et elle succomba dans mon service à une pneumonie de vieillard sans qu'on ait pu songer à la débarrasser de la tumeur qu'elle portait.

J'ai enlevé depuis une trentaine d'années un très grand nombre de tumeurs analogues, présentant les caractères des tumeurs mixtes des glandes salivaires, les unes grosses, les autres petites ; je les ai extirpées presque toutes par la méthode sous-capsulée, cheminant le plus près possible du tissu de la tumeur elle-même, sans jamais observer de récidives. J'ai toujours pu éviter la blessure du tronc du facial et de ses branches principales, et cependant sur plusieurs de mes opérés j'ai observé des phénomènes de paralysie post-opératoire incomplets et plus ou moins persistants, portant sur la distribution du nerf facial, phénomènes qui sont encore très appréciables sur l'opérée que je vous présente et sur lesquels j'attire particulièrement votre attention.

Dans les opérations de ce genre, j'ai coutume de faire surveiller constamment par un de mes aides les moindres contractions des muscles de la face, particulièrement de l'orbiculaire des paupières et des muscles de la commissure buccale. Comme je saisis avec la pince tous les tissus, toutes les brides que je dois sectionner, je suis sûr d'être averti par la contraction des muscles de la présence d'un filet facial au milieu des parties que j'ai prises avant d'en avoir opéré la section. Je suis certain, d'ailleurs, chez cette malade comme chez les autres, de n'avoir pas intéressé le facial ni ses branches que j'ai vues intactes au fond de la plaie et que j'ai touchées du doigt à plusieurs reprises. Cependant, le lendemain de l'opération, les muscles innervés par la branche cervico-faciale étaient atteints d'une paralysie presque complète ; l'orbiculaire des paupières se contractait normalement d'abord, mais les jours suivants apparaissait aussi de ce côté une paralysie incomplète qui a graduellement augmenté pour commencer seulement à décroître dans ces derniers temps. Actuellement l'œil paraît encore plus ouvert à gauche qu'à droite, et si les muscles de la commissure labiale peuvent entraîner cette commissure en dehors, si le buccinateur et l'orbiculaire des lèvres obéissent à l'incitation motrice, leur contraction est encore beaucoup moins énergique

que du côté opposé. J'ai vu dans plusieurs cas cette paralysie motrice incomplète se produire, s'accroître dans les jours qui suivaient l'opération, devenir parfois presque complète alors que les fonctions motrices du nerf facial étaient conservées aussitôt après celle-ci. Il m'a paru qu'il fallait un temps assez long pour obtenir la disparition de ces paralysies et le retour du mouvement; deux mois et plus, souvent, ont été nécessaires pour le rétablissement de la symétrie faciale complète.

Il ne peut s'agir, à mon avis, que de phénomènes de névrite se développant sur le tronc du facial et provoqués par l'élongation de ce tronc ou de ses branches principales, élongation produite par la traction exercée sur la tumeur ou sur les tractus fibreux qui l'unissent aux tissus environnants. Ce qu'il y a de particulier chez notre malade, c'est que les phénomènes paralytiques se sont prononcés d'abord dans le domaine de la branche cervico-faciale qui avait été plus exposée que la temporo-faciale aux injures mécaniques résultant de l'opération, et que la paralysie plus tardive qui s'est emparée de la branche temporo-faciale semble indiquer que les altérations du nerf avaient les jours suivants gagné le tronc même du nerf facial.

J'ajoute à cette observation une note intéressante qui m'a été remise par M. le Dr Marie sur l'examen histologique de cette tumeur qui serait plutôt une formation conjonctive à type polymorphe se rapprochant du sarcome, qu'une tumeur mixte véritable dans le sens que nous donnons à ce terme, et telle que celles que M. Bezançon et moi nous avons étudiées dans d'autres tumeurs des glandes salivaires, notamment dans les glandes de la voûte palatine et du voile du palais.

Examen histologique de la tumeur. — La tumeur extirpée dans la région parotidienne est du volume d'un gros poing, mesure 15 centimètres de hauteur sur 8 de largeur. Elle est assez dure, partout bien encapsulée, mais sa surface, quoique lisse, est irrégulière, bosselée, soulevée par de nombreuses excroissances hémisphériques qui varient entre le volume d'un pois et celui d'une mandarine. La coloration est blanc mat à l'extérieur, avec quelques endroits bleuâtres.

Deux coupes verticales pratiquées dans la tumeur montrent le tissu néoplasique à l'étroit dans sa capsule, blanc grisâtre, assez résistant, avec une sorte de lobulation due à la hernie des portions plus molles à travers les anneaux que forment des brides fibreuses plus ou moins épaisses. A l'une des extrémités de la tumeur, les vaisseaux apparaissent dilatés et donnent lieu à de petites hémorragies interstitielles.

Pour l'examen microscopique, le prélèvement a porté sur la tumeur pure et sur le point hémorragique.

Comme cela est habituel dans les tumeurs des régions parotidienne

et sous-maxillaire, les éléments nobles de la glande ont disparu presque entièrement et sont remplacés par les éléments du tissu conjonctif qui prolifèrent chacun pour son compte, l'un restant toujours prédominant.

Dans le cas actuel, c'est le myxome qui domine; filaments muqueux parsemés de cellules conjonctives en proportions variables : ici les éléments figurés sont clairsemés, les filaments ou bien lâches (myxome) ou bien condensés en substance hyaline amorphe creusée de cavités pour les cellules (chondrome); là les cellules abondent et le mucus est rare.

Les tissus précités forment des îlots enveloppés par des travées fibreuses (fibrome) minces, simulant le tissu réticulé, ou épaisses, contenant alors de nombreux vaisseaux; ceux-ci offrent dans la portion hémorragique de la tumeur d'assez fortes dimensions et présentent parfois des caillots en voie d'organisation.

Enfin, on trouve en quelques points des noyaux où les cellules conjonctives très denses, mais encore étoilées, offrent l'apparence du sarcome (sarcome à cellules polymorphes), les autres éléments du tissu étant là absents. Les cellules limitent par-ci par-là entre elles des vacuoles, des cavités, des sinus qui contiennent du liquide ou du sang. Parfois, elles forment des boyaux qui font penser à une prolifération épithéliale; mais ce n'est là qu'une apparence, toujours on retrouve l'origine de ces boyaux dans un amas de cellules étoilées.

Nulle part trace des éléments glandulaires de la parotide normale.

En résumé, sorte de tératome où ont proliféré presque tous les éléments du tissu conjonctif : myxo-fibro-chondro-sarcome.

M. Pierre Sebileau. — Je veux ajouter seulement quelques mots à ce que, dans sa présentation, le professeur Berger vient de nous dire du nerf facial à propos des opérations qui sont pratiquées dans la région de cet organe dont la fréquence des évidements pétro-mastoidiens nous donne une grande habitude.

Nous ne manquons jamais dans toutes nos opérations sur la face de prendre les précautions que, dans le cas particulier, le professeur Berger a prises; c'est-à-dire qu'un aide a les yeux constamment fixés sur la musculature de la face; il n'est pas rare que nous soyons avertis par lui du voisinage du nerf, surtout au moment du curettage de la caisse, quand l'évidement est terminé.

Pour ce qui concerne les parésies ou paralysies faciales consécutives aux opérations pratiquées dans le voisinage du nerf, les faits que j'ai observés confirment ce que vient de dire le professeur Berger. En dehors des cas de paralysie totale et définitive consécutive à la section du nerf, dont je ne parle pas ici, il y a deux sortes de phénomènes parétiques consécutifs à l'acte opératoire : les uns surviennent le jour même de l'opération et sont évidemment consécutifs à une action directe légère, à un ébranle-

ment, à un tiraillement de l'organe; les autres ne se manifestent que quelques jours après l'opération et ressortissent à des phénomènes de névrite superficielle.

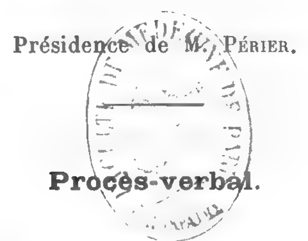
Ces phénomènes sont légers; ils vont très exceptionnellement jusqu'à la paralysie vraie et le nerf, n'est que plus ou moins paresseux. Mais il n'est pas rare de les voir durer plusieurs semaines, quelquefois plusieurs mois; ils guérissent toujours.

Le Secrétaire annuel,
TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 22 AVRIL 1903

Présidence de M. Périer.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Une lettre de M. Brun qui, souffrant, s'excuse de ne pou voir assister à la séance.

2°. — Une lettre de M. Pierre Delbet, qui demande un congé du 22 avril au 1er juin.

A propos de la correspondance.

M. Chauvel. — J'ai l'honneur de déposer sur le bureau, de la part de M. le Dr Motais, professeur de clinique ophtalmologique à l'École de médecine d'Angers, un travail intitulé : *Anatomie et physiologie de l'appareil moteur de l'œil de l'homme*, extrait de l'*Encyclopédie française d'ophtalmologie*. Vous savez avec quelle persévérance ce distingué confrère s'est livré, depuis des années, à l'étude de la musculature de l'œil. L'insertion bulbaire des muscles, la disposition de l'entonnoir aponévrotique et des ailerons, la signification anatomique de la capsule de Ténon, enfin le mécanisme des mouvements du globe ont été de sa part l'objet de recherches qui ont démontré l'insuffisance ou l'erreur d'idées jusqu'ici généralement acceptées.

M. Motais est candidat à une place de membre correspondant ; l'importance de ses travaux lui ouvrira rapidement, j'en suis sûr, les portes de la Société de Chirurgie.

M. Potherat dépose sur le bureau un travail de M. J. Vanverts (de Lille) intitulé : *Coexistence d'un fibrome utérin et d'un kyste du ligament large. Suppuration du fibrome.*

Le travail de M. Vanverts est renvoyé à une commission dont M. Potherat est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur les injections de paraffine.

M. Lejars. — A l'occasion de l'intéressant rapport de M. Guinard, je voudrais vous communiquer le fait suivant, qui m'est commun avec mon collègue M. Launois. Je tiens à dire tout de suite que la méthode de la prothèse interstitielle à la paraffine me paraît fort intéressante, et que l'occasion seule m'a manqué jusqu'ici pour y recourir moi-même; mais il est nécessaire qu'elle soit appliquée dans de bonnes conditions; autrement elle peut réserver de graves mécomptes, comme en témoigne l'histoire de notre malade.

C'est une femme de trente-quatre ans, qui, pour pallier une légère inflexion du dos du nez se fit faire, le 18 janvier dernier, une « restauration à la paraffine ». Nous n'avons de détails, sur le procédé employé, que par la malade elle-même : on aurait pratiqué dans la même séance quinze injections successives ; à la cinquième environ, les paupières auraient commencé à se gonfler et le milieu du front à s'empâter.

Il n'y eût pas d'autre accident, mais la tuméfaction palpébrale s'accrut et devint des plus gênantes, et, le 30 mars, la malade se présentait à M. Launois, et nous l'examinions ensemble.

Les deux paupières supérieures étaient distendues par une masse épaisse, pâteuse, plus dense par places, où l'on sentait manifestement de petits blocs compacts; elles retombaient très bas sur le globe, entravaient la vision, et donnaient à la physionomie un aspect des plus étranges, comme vous pouvez en juger d'après les photographies.

On trouvait, de plus, de petites traînées dures à la partie interne des deux joues, au niveau des plis naso-géniens, ou encore dans les deux paupières inférieures. Enfin, le nez est resté lui-même très tuméfié et rouge.

Dans ces conditions, nous avons pris le parti de chercher à vider les paupières supérieures de leur contenu; j'ai pratiqué deux

incisions transversales, et j'ai pu extraire une série de fragments de paraffine; en pressant le tissu palpébral, on voyait sourdre de tous côtés de petits grains irréguliers, éparpillés dans les espaces conjonctifs; les deux paupières ont été exprimées et réduites du mieux possible et les plaies réunies au fin catgut.

L'intervention a eu lieu il y a vingt jours; or, la tuméfaction palpébrale s'est déjà reproduite en grande partie; elle est mamelonée et dure, comme avant. On constate, de plus, une nouvelle traînée à la base de la paupière inférieure droite, et il semble que la paraffine accumulée sur le nez continue son processus de diffusion. Nous nous demandons ce que nous pourrions faire, et je serais heureux d'avoir, sur ce point, l'avis de mes collègues.

M. Pierre Sebileau. — L'histoire de la malade dont mon ami F. Lejars vient de nous présenter la photographie, montre que nous ne sommes pas encore complètement édifiés sur la valeur des injections interstitielles de paraffine appliquées à la restauration morphologique des régions défigurées. Cette méthode, qui a donné déjà de beaux résultats, n'est évidemment, ni sans difficultés ni sans dangers. Ces difficultés et ces dangers viennent, non seulement des qualités particulières que doit réaliser la matière à injection (fondre à une température assez élevée pour n'être influencée ni par la chaleur de l'individu ni par la chaleur extérieure, et ne pas fondre à une température si haute qu'elle puisse, en pénétrant dans l'organisme, brûler les tissus), mais encore des caractères anatomiques de la région sur laquelle elle est employée : plus ou moins grande laxité du tissu cellulaire facilitant la diffusion de la paraffine dans les départements limitrophes, voisinage de veines plus ou moins grosses dans lesquelles la matière à injection peut pénétrer, provoquant ainsi des accidents plus ou moins graves, mortels quelquefois.

Nous ne savons pas, enfin, quel est le mode de réaction définitif des tissus vis-à-vis la vaseline et la paraffine. Il semble que, dans un bon nombre de cas, ils s'accommodent ensemble et que la restauration n'a pas à souffrir de l'épreuve du temps. Mais je crois que quelques praticiens ont observé une irritation lente du tissu conjonctif qui durcit, s'hypertrophie et forme comme une sorte de phlegmon chronique, de fibromatose artificielle, si l'on peut ainsi parler, déformant la région sur laquelle s'est exercée la plastique. Je me demande si ce n'est pas à une lésion de ce genre que ressortit l'histoire clinique de la malade de notre collègue Lejars, puisque, malgré l'extraction de plusieurs blocs de paraffine, elle conserve, si j'ai bien compris, une hypertrophie diffuse du nez et des paupières.

Le dernier mot n'est donc pas encore dit sur cette très intéressante méthode. N'ont pas été, à beaucoup près, publiés tous les accidents et tous les insuccès qui doivent lui être imputés, et, jusqu'à plus ample informé, je crois que, malgré le perfectionnement qui a déjà été apporté dans la technique, nous devons user d'elle avec quelque circonspection.

Je vous présenterai dans la prochaine séance un malade à qui j'ai pratiqué une assez curieuse restauration d'un autre genre.

M. Tuffier. — Puisque nous voulons étudier les accidents consécutifs aux injections de paraffine, je puis vous en rapporter un cas dans lequel ces accidents auraient pu faire errer le diagnostic.

Je vis, il y a deux ans, à l'époque où ces injections étaient rarement encore pratiquées à Paris, une jeune femme d'une trentaine d'années qui portait des tumeurs ulcérées du sein. Ces tumeurs n'inquiétaient pas la malade, mais tourmentaient son entourage qui l'obligeait à consulter. Je constatai sur le sein droit quatre ulcérations, situées à peu près aux quatre points cardinaux de la mamelle. Ces ulcérations, de la largeur d'une pièce de vingt centimes, siégeaient sur des tuméfactions coniques du volume d'une grosse noix; à leur base, la peau était intacte; la région ulcérée était arrondie, à bords déchiquetés; le fond était jaune grisâtre vernissé, sans aucune tendance aux hémorragies, — et le tout laissait suinter un liquide gommeux, légèrement trouble, mais non purulent. — Ces ulcérations, dont l'apparition paraissait avoir été presque simultanée, dataient de trois mois, et n'avaient jamais été douloureuses. En explorant soigneusement le sein, je trouvai une infiltration générale dure ressemblant à un œdème chronique. La mamelle du côté opposé ne présentait aucune ulcération, mais toute la région était ferme et donnait la même sensation d'œdème chronique. Je n'avais jamais constaté pareilles lésions, et, après avoir en vain cherché quelque antécédent spécifique, je pensai à une gomme syphilitique et je rédigeai un traitement en conséquence. Cette femme, au moment où elle allait quitter mon cabinet, me raconta son histoire. Ayant entendu parler des merveilles esthétiques dues aux injections sous-cutanées de paraffine, elle avait voulu mettre à contribution pour elle-même ces propriétés, et elle avait subi une série d'injections de paraffine dans les deux seins. Après quelques semaines, plusieurs des tuméfactions étaient devenues superficielles, rosées, puis s'étaient ouvertes et laissaient s'écouler le liquide gommeux que nous constations; ces ulcérations n'avaient, depuis leur apparition, aucune tendance à se cicatriser.

Rapports.

Gastrostomie pratiquée dans le but de supprimer momentanément le passage des aliments au niveau d'une ulcération tuberculeuse du voile du palais, par M. le Dr G. Marion.

Rapport de M. SCHWARTZ.

L'observation que vous a présentée M. le Dr Marion, et dont vous m'avez chargé de vous rendre compte, est intéressante et mérite de vous être soumise.

Il s'agit d'un nommé B..., comptable, âgé de quarante-quatre ans, qui fut adressé à notre collègue pour une ulcération de la partie droite du voile du palais.

En décembre 1901, il avait été pris d'une angine, traitée d'abord par quelques gargarismes. Les choses empirèrent; le professeur Dieulafoy, qui le vit, pensant à une syphilide ulcéreuse, lui fit subir une série d'injections hypodermiques de biiodure d'hydrargyre, qui n'amena aucun résultat.

On se rallia donc au diagnostic d'ulcération tuberculeuse, d'autant mieux qu'un examen histologique démontrait la présence du bacille de Koch au niveau de l'ulcération. C'est alors qu'il fut adressé à M. Marion, qui constata les faits suivants : l'ulcération occupe la partie postérieure droite du voile, allant de l'amygdale à la luette. Elle est creusée, suppurante, entourée d'une rougeur diffuse. Le malade souffre beaucoup en avalant. Bien qu'il ait un peu maigri, à son avis, l'état général est excellent.

M. Marion commença immédiatement des cautérisations de l'ulcération au thermocautère, après anesthésie cocaïnique; on en fit trois en deux mois. Dans l'intervalle des cautérisations le malade se gargarisait avec une solution de borate de soude, et faisait régulièrement des attouchements avec un collutoire cocaïné, afin de pouvoir avaler. De temps en temps, cautérisation avec une solution de chlorure de zinc, dont le titre n'est pas indiqué.

Malgré tout, l'ulcération avait fait, au bout de deux mois, des progrès notables; elle avait gagné la partie latérale droite du pharynx, depuis la fossette de Rosenmüller jusqu'à la partie supérieure du larynx; elle avait détruit le pilier postérieur, une partie de l'amygdale, tout le côté droit du voile, la luette, et commençait à envahir le côté gauche. En même temps, les douleurs devenaient plus vives, la dysphagie insupportable, l'alimentation par suite très difficile, et l'amaigrissement considérable. M. Marion

proposa alors au malade de lui pratiquer la gastrostomie qui, dans son esprit, devait servir : 1° à le nourrir abondamment et sans douleur; 2° à supprimer le contact des aliments avec la plaie ulcéreuse, au niveau de laquelle ils déterminaient des infections secondaires; 3° le cas échéant, à permettre une opération large sur le pharynx; la gastrostomie faciliterait l'alimentation après l'opération.

Le malade entra à l'Hôtel-Dieu, le 16 avril 1902; la gastrostomie fut pratiquée le 18 d'après le procédé de Fontan, et l'alimentation fut commencée par la sonde dès le lendemain; le malade pesait alors 104 livres.

Du jour où l'alimentation par la bouche fut cessée, il cessa de souffrir, l'amaigrissement disparut, et l'aspect de la lésion se modifia rapidement, car elle cessa de s'étendre à la fin de mai. Après quelques cautérisations au chlorure de zinc, on en pratiqua une dernière sous chloroforme à partir de laquelle la réparation fut rapide; le 20 juin, deux mois après, le malade pouvait être considéré comme guéri, et il pesait 130 livres.

De l'ulcération il reste, comme traces, des cicatrices sur la partie droite du pharynx, le pilier, l'amygdale, une perte de substance totale de la moitié droite du voile, de la luette et d'une partie de la moitié gauche. Le malade peut actuellement manger et boire et sans passage des aliments par le nez, à condition qu'il fasse un peu attention. La voix est nasonnée.

La gastrostomie a toujours été continente, et si bien que, s'il reste vingt-quatre heures sans passer la sonde, il a grand mal à la réintroduire. Le jour où, jugeant qu'il n'existera plus de danger, on supprimera la sonde, l'orifice de la gastrostomie se fermera certainement spontanément.

Telle est l'observation du Dr Marion. Il la fait suivre de quelques réflexions tendant à défendre sa manière de faire. La gastrostomie a dans le cas actuel joué le rôle de l'anus contre nature dans les rectites rebelles, étant donné la bénignité de l'opération d'une part, la certitude de la continence d'autre part, grâce au procédé de Fontan; la gastrostomie pourrait rendre de signalés services comme opération préliminaire à l'ablation des cancers de la langue, des mâchoires, en un mot aux opérations buccopharyngées. Elle permettrait d'alimenter les malades sans risque d'infection, supprimerait la sonde à demeure que l'on est quelquefois forcé de leur laisser dans l'œsophage.

Messieurs, je ne veux retenir dans l'observation intéressante de M. Marion que le but qu'il s'est proposé, celui de supprimer le passage des aliments au niveau d'une ulcération rebelle du voile du palais et du pharynx.

Je n'insisterai pas sur la question de diagnostic, quoiqu'elle me paraisse bien intéressante. Il me semble qu'on a désarmé un peu vite eu égard au traitement anti-syphilitique ; la présence du bacille de Koch à la surface de l'ulcération, puisqu'on le trouve dans des rhinopharynx normaux, et la non-modification sous l'influence d'injections de biiodure (on ne sait pas combien et à quelle dose) ne me paraissent pas suffisantes pour affirmer la non-spécificité de l'affection.

M. Marion a cru devoir pratiquer une gastrostomie dans le but de mettre en repos la région atteinte, de la soustraire aux infections et irritations répétées provenant de l'alimentation. Je veux bien admettre avec lui que l'opération est une opération bénigne, qu'elle donne de très bons résultats, mais c'est une intervention qui peut être grave, et qui, à mon avis, ne doit être proposée et pratiquée que s'il a été reconnu que la sonde à demeure, passée par le nez, d'après les indications de Verneuil, n'est pas possible et tolérée. La sonde de caoutchouc rouge de Nélaton, mise à demeure par l'une des narines et fixée, nous a toujours donné, dans les cas où nous voulions supprimer les mouvements de déglutition et le passage des aliments par la bouche et le pharynx, des résultats excellents. La manœuvre est simple, inoffensive et efficace presque toujours.

Pourquoi M. Marion n'y a-t-il pas eu recours, ne l'a-t-il pas essayée? Il lui eût toujours été loisible de faire la gastrostomie en cas d'échec de la première manière de faire. C'est là le reproche que j'adresserai à notre confrère, qui s'est peut-être trop laissé entraîner par l'éclat d'une intervention.

Nous nous proposons de déposer son observation dans nos archives, et de lui adresser des remerciements.

M. Pierre Sebileau. — Je tiens à m'associer aux réserves que vient de formuler M. Schwartz. Sans aucune aigreur de critique, je puis bien dire que la conduite de M. Marion ne me paraît pas bonne à imiter.

J'ai l'impression, après avoir entendu la lecture de son observation, qu'il s'agissait dans l'espèce, non pas de tuberculose, mais de syphilis. La marche de l'ulcération, son caractère gangréneux et destructeur, la brutalité de son envahissement, la rapidité de son évolution, sa surprenante guérison survenue en quelques jours, enfin ses reliquats cicatriciels, tout cela paraît bien ressortir à la syphilis. Il ne faut arguer contre cette hypothèse ni de ce que l'examen bactériologique a démontré dans les sécrétions la présence du bacille de Koch, ni de ce que quelques injections de biiodure de mercure n'ont pas amené de changement apparent

dans les lésions. Le bacille de Koch peut, d'une manière fortuite, se rencontrer dans la bouche ; il eût été sage de prélever et d'étudier non seulement des sécrétions et des matières puriformes, mais encore des coupes biopsiques, enfin de pratiquer des inoculations.

D'autre part, ce n'est quelquefois qu'après un traitement intensif, par l'administration parallèle d'iodure et de sels mercuriques, qu'on peut juger de la nature syphilitique d'une lésion. Il faut compter avec les cas rebelles et, quand on a quelque raison de craindre la syphilis, ne la nier qu'après avoir solidement éprouvé le traitement.

Je pense donc que le malade de M. Marion était atteint de syphilis et non de tuberculose.

J'ajoute qu'au cas même où il n'y aurait pas de doute à émettre sur le diagnostic porté par notre confrère, je considérerais encore la gastrostomie qu'il a pratiquée comme une opération vraiment un peu hâtive. Pourquoi, comme le disait M. Schwartz, ne pas avoir alimenté le malade à l'aide d'une sonde nasale introduite, deux ou trois fois par jour, dans l'une des fosses nasales, suivant la méthode de Verneuil? C'est là un procédé simple, facile, non douloureux, qui aurait mis le malade à l'abri de tout danger, aurait mieux assuré la digestion stomacale, laquelle est toujours plus ou moins troublée par la gastrostomie, et aurait, je crois, réalisé d'une manière aussi efficace le « repos de l'organe », dont M. Marion escomptait l'influence sur la guérison des ulcérations vélo-pharyngées. Je me demande, d'ailleurs, — mais c'est là une simple hypothèse et non point une critique, — si vraiment on peut accuser le mince travail de la déglutition des liquides et des brouets ou l'action passagère de ceux-ci sur la muqueuse, d'empêcher la cicatrisation des ulcérations qui se développent sur le voile et le pharynx. La clinique nous donne tous les jours un exemple du contraire quand elle nous montre, guérissant en quelques jours, des ulcérations syphilitiques palato-pharyngées si indolores que les malades qui en sont porteurs continuent à s'alimenter, et, à côté de cela, obstinément réfractaires à la cicatrisation, des ulcérations tuberculeuses si douloureuses que le patient se refuse à la déglutition.

Rapport sur une observation d'amputation interscapulo-thoracique, pratiquée pour un enchondrome de l'humérus, par M. le Dr Brin.

Rapport par M. PAUL BERGER

L'intéressante observation qui nous est communiquée par notre distingué confrère, M. le Dr Brin, professeur à l'Ecole de médecine d'Angers, concerne un homme de trente et un an qui, il y a deux ans, en avril 1902, ressentit pour la première fois une douleur dans l'épaule gauche en faisant le maniement des armes; cette douleur avait toujours persisté, et, au bout de quelques mois, était apparue à la région deltoïdienne une tumeur dure qui, au mois de mars 1902, avait atteint le volume d'une grosse noix. C'est à cette époque qu'en enlevant une lourde barrique il se produisit une douleur instantanée très vive et que le bras retomba inerte; dès le lendemain, une tuméfaction notable avait envahi tout le moignon de l'épaule, rendant probable l'hypothèse d'une fracture spontanée de l'humérus au niveau de la tumeur. L'impotence fonctionnelle persista; malgré l'administration du traitement spécifique, la tumeur ne cessa de croître : quand le sujet vint consulter M. le Dr Brin, le 10 février 1903, celle-ci s'étendait du tiers supérieur de l'humérus à l'articulation scapulo-humérale et avait acquis le volume d'une tête de fœtus; elle était bosselée, dure par places, ramollie en d'autres, et elle envoyait deux prolongements, l'un dans l'aisselle, l'autre sous le grand pectoral. Quelques ganglions existaient dans l'aisselle; ceux du creux sus-claviculaire n'étaient pas envahis. La peau était mobile sur la tumeur, mais présentait des dilatations veineuses considérables; l'omoplate était immobilisée sur la tumeur et sur l'humérus par l'envahissement ou la distension des muscles scapulaires.

En raison de ces caractères M. Brin, admettant l'existence d'un ostéosarcome de l'humérus, se résolut à avoir recours à l'amputation interscapulo-thoracique qu'il pratiqua de la manière suivante ; voici comment il décrit le procédé qu'il adopta :

Je suis le plan opératoire de M. le professeur Berger, en le modifiant seulement pour la recherche de l'artère et sa ligature.

Premier temps. — Incision sur la clavicule et parallèle à cet os depuis le tiers interne jusqu'à son articulation acromiale. L'incision va jusqu'à l'os et coupe le périoste.

Résection sous-périostée de la clavicule dans une étendue de 5 centimètres.

Je fais alors une incision verticale partant de la première et passant

devant les pectoraux, aussi près que possible du thorax. Cette incision descend ensuite obliquement sur le thorax jusqu'à l'angle du scapulum.

Je dissèque la peau et la rejette en dedans, de façon à pouvoir couper les pectoraux non dans l'aisselle, mais sur le thorax même, c'est-à-dire aussi loin que possible de la tumeur.

Les pectoraux, grand et petit, sont coupés.

Deuxième temps. — Ligature des vaisseaux.

Le faisceau vasculo-nerveux peut être suivi avec facilité jusqu'au muscle sous-clavier qui est alors coupé sans aucun danger de blesser l'artère ou la veine sous-clavière.

Les vaisseaux se montrent dans toute leur étendue et, après les avoir dénudés, je les lie tous les deux et les coupe entre deux ligatures au catgut. L'artère sus-scapulaire et ses veines satellites volumineuses sont trouvées et liées. La scapulaire postérieure est introuvable.

Troisième temps. — Toilette de l'aisselle depuis le cou jusqu'à l'angle dièdre omo-thoracique.

En faisant écarter et tirer le bras en dehors, je pénètre jusqu'au thorax, et, réclinant le bout périphérique des gros vaisseaux, j'enlève aux ciseaux et au doigt tout le tissu cellulaire doublant les muscles intercostaux d'abord, le grand dentelé ensuite; ce tissu contient de nombreux ganglions mous; le plus élevé remonte à la ligature de la veine sous-clavière.

Quatrième temps. — Tracé de l'incision postérieure rejoignant par le plus court chemin l'extrémité externe de l'incision sus-claviculaire à l'angle inférieur du scapulum. La peau est disséquée de dehors en dedans dans toute l'étendue des fosses sus- et sous-clavière.

Cinquième temps. — Ablation de l'omoplate, un coup de ciseau coupe en bas le grand dorsal. En haut, je détache le trapèze du tiers externe de la clavicule et de l'épine de l'omoplate. Le membre étant alors fortement attiré en dehors, je coupe le long du bord du scapulum tous les muscles qui le rattachent à la colonne vertébrale. Il ne reste plus que le grand dentelé que je coupe rapidement. Ce temps n'a duré que deux ou trois minutes. Pendant ce dernier temps, je me borne à mettre des tampons de gaze stérilisée sur les artères saignantes, sans placer de pinces.

Une fois la pièce enlevée, je place des pinces et des ligatures au catgut sur tous les points saignants. Enfin, la plaie est fermée au crin de Florence et deux drains sont fixés : l'un pour drainer la région thoracique antérieure et sous-claviculaire est placé au tiers supérieur de la ligne des sutures; l'autre, situé à l'angle inférieur de la plaie, draine la partie postérieure du thorax.

L'opération totale a duré une heure un quart, dont la plus grande partie a été consacrée à la ligature des gros vaisseaux et à l'hémostase terminale.

L'intervention s'est passée sans incident, sauf au moment où je nettoyais l'aisselle ; la ligature du bout périphérique de la veine axillaire ayant lâché, le champ opératoire fut inondé en un clin d'œil. Une pince immédiatement placée arrêta cette hémorragie veineuse.

Pansement à la gaze stérilisée.

Les suites de l'opération furent des plus simples ; l'opéré, quoique exempt de shock traumatique, reçut les deux premiers jours un litre de sérum; le lendemain de l'opération, le drainage fut supprimé; les fils furent enlevés le troisième jour; moins de quinze jours après l'amputation, le malade sortait complètement guéri.

L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un chondrome englobant le tiers supérieur de l'humérus, adhérent aux muscles scapulaires qui ne semblaient pas envahis ; le développement de la tumeur semblait périphérique plutôt que central; le cartilage articulaire était respecté, mais des bourgeons néoplasiques avaient envahi l'articulation en plusieurs points; la tête humérale et toute la partie supérieure de l'os participaient à l'altération néoplasique : il s'agissait d'un « chondrome avec plaques ostéoïdes » contenant du glycogène.

Je regrette un peu que M. Brin ne nous ait pas donné une relation anatomique un peu plus détaillée de la tumeur; au point de vue du pronostic de l'opération et des chances plus ou moins probables de guérison durable que celle-ci présente, l'analyse minutieuse du tissu pathologique et de son origine peut donner de précieuses indications. Ici, la marche relativement lente de la tumeur devait faire penser à l'existence d'un chrondrome, variété certainement moins maligne de tumeur des os que les sarcomes proprement dits, particulièrement que les sarcomes globo-cellulaires et même que les myxo-sarcomes analogues à celui pour lequel, il y a six ans environ, j'ai pratiqué une amputation interscapulo-thoracique dont le résultat a été une guérison qui s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Il est donc permis d'espérer que l'opéré de M. Brin bénéficiera d'une guérison tout à fait durable, analogue à celle que j'ai obtenue chez mon premier opéré qui vivait encore en bonne santé dix-huit ans après l'amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc pratiquée pour un énorme chondrome récidivé de l'humérus; mais nous ne saurions trop insister pour que notre distingué confrère suive son malade et nous donne, dans quelques années, à l'occasion de quelque cas analogue, le résultat éloigné de son intervention. Nous savons combien est favorable et

dépourvue de dangers l'amputation interscapulo-thoracique pratiquée pour les tumeurs de l'extrémité supérieure de l'humérus. Au dernier Congrès de chirurgie de Paris, j'ai insisté sur la bénignité de cette opération comparée à celle que l'on pratique, dans des conditions bien différentes, pour les tumeurs malignes de l'omoplate. Je ne saurais trop le redire : pour les tumeurs de l'extrémité supérieure de l'humérus ayant envahi les muscles voisins ou l'articulation scapulo-humérale, l'amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc, l'interscapulo-thoracique, est l'*intervention de choix*; dans les tumeurs malignes du scapulum, c'est une *ressource de nécessité*, beaucoup plus incertaine au point de vue de ses résultats prochains et de ses résultats définitifs, c'est-à-dire plus grave et surtout moins sûre, à laquelle la résection de l'omoplate doit être préférée toutes les fois que les conditions de la tumeur permettent de le faire. Pour les tumeurs de l'extrémité supérieure de l'humérus, dans les cas que je viens d'indiquer, je considère l'indication comme formelle, et je tiens comme une faute grave de recourir à des demi-mesures telles que la désarticulation scapulo-humérale ou à des résections partielles. Seules les tumeurs à myéloplaxes peuvent être traitées par des procédés d'exérèse ne portant que sur la partie malade, et particulièrement par l'évidement de l'os primitivement malade qui, en de semblables cas, donne parfois des résultats remarquables dans lesquels la guérison se concilie avec la conservation d'un membre utile.

Je mentionne seulement pour l'approuver la modification que M. Brin a apportée à la technique de l'opération telle que j'en ai fixé les règles en 1887 ; mais je ne crois pas qu'il faille l'adopter comme le procédé à recommander dans la majorité des cas. J'ai dit que le sens et l'étendue de l'incision extérieure n'avaient d'autre importance que la découverte facile, l'isolement et la ligature préalable des vaisseaux qui constituent le premier acte de l'opération. L'incision et la résection claviculaires suffisent dans la majorité des cas, mais je ne vois aucun obstacle, si la recherche des vaisseaux présente quelques difficultés, à faire au premier temps de l'opération ce que je fais au deuxième, c'est-à-dire l'incision de la paroi antérieure de l'aisselle comprenant la section des muscles grand et petit pectoral. Je remarque seulement que l'hémostase de ces plans musculaires étant assurée par la ligature de l'artère axillaire pratiquée immédiatement au-dessous de la clavicule, il y a un certain intérêt à commencer par cette ligature avant de diviser la paroi antérieure de l'aisselle.

M. ROCHARD. — C'est pour insister sur l'innocuité de l'amputation interscapulo-thoracique dans les cas d'ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus que j'ai demandé la parole.

Il y a quelques années, j'avais présenté un malade sur lequel j'avais pratiqué cette opération et qui avait guéri par première intention. L'observation (le rapport n'ayant pas été fait) n'a pas été publiée. Mais ce que je tiens à dire, c'est que, deux ans après, j'avais des nouvelles de mon malade qui n'avait pas encore de récidive.

Communications.

Note sur le traitement chirurgical des cystocèles vaginales anormales : vagino-fixation, cystorraphie latérale, cystorraphie inférieure.

par M. GÉRARD MARCHANT.

Je me suis trouvé en présence, chez deux femmes, de déplacements de la vessie, anormaux, qui n'étaient plus justiciables des moyens habituels de traitement, chez lesquelles d'ailleurs la colpopérinéorraphie, l'élytrorraphie antérieures avaient été employées sans succès : j'ai eu alors recours à des procédés de cystorraphie qui m'ont donné d'excellents résultats immédiats, et que je vous demande la permission de vous faire connaître. — Ces procédés, inspirés par les conditions locales, vous seraient certainement venus à l'esprit.

La première malade, âgée de trente-huit ans, avait subi en trois ans trois opérations pour un épithélioma récidivé de la vulve et du vagin. Consécutivement à la grande béance vaginale résultant de ces larges pertes de substance, elle fut atteinte d'un prolapsus total de l'utérus, avec participation de la paroi antérieure du vagin, alors que la paroi vaginale postérieure, constituée par le tissu de cicatrice, était moins déplacée.

Un de nos collègues, pour remédier à cette précipitation utérine, avec cystocèle antérieure, eut recours à une colpo-périnéorraphie qui resta sans résultat.

Lorsque je revis cette malade, en décembre 1902, elle présentait une récidive d'épithélioma très limité à la fourchette, et un prolapsus total de l'utérus.

Je fis l'ablation de la plaque épithéliomateuse, et, dans la même séance, l'hystérectomie vaginale, remplaçant les pinces

par des fils, et nouant ces fils ceux de droite avec ceux de gauche, de façon à rapprocher les ligaments larges, comme l'a conseillé notre collègue Quénu.

Je n'ai pas à m'excuser d'avoir pratiqué l'hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin à cette femme de trente-huit ans! Je ne vois pas de conduite plus rationnelle étant donnée la présence d'un épithélioma vaginal, et le degré du prolapsus.

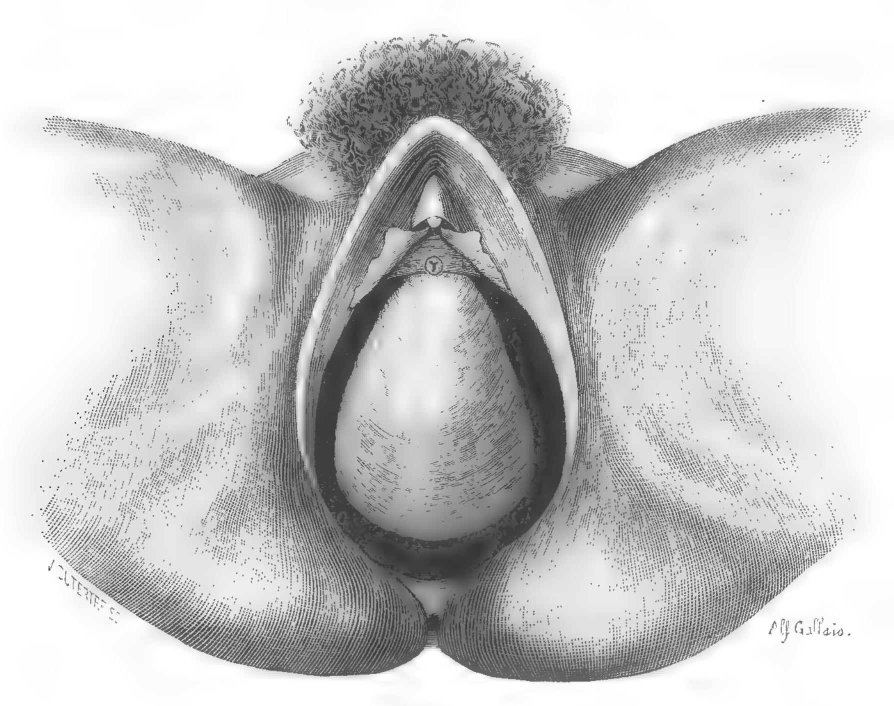


Figure 1.

J'annonçai à cette opérée qu'elle devrait subir une opération d'ici quelques semaines pour remédier au prolapsus vaginal, car l'hystérectomie vaginale est insuffisante en pareil cas, même combinée à l'opération de Quénu, et une opération complémentaire est toujours nécessaire, soit en même temps que l'hystérectomie vaginale, soit dans une séance ultérieure; les deux façons de faire m'ont donné de bons résultats.

Mais ce qui dominait dans ce prolapsus, c'était la cystocèle. Le globe vésical, énorme, remplissait toute la cavité vaginale, et il faisait saillie hors de la vulve et du vagin, à la façon d'un ballon démesurément gonflé et tendu (fig. 1).

L'occlusion vaginale n'était pas possible ici, car le segment inférieur de la vulve et du vagin était transformé en tissu cicatriciel, et la vessie presque irréductible; il me semblait anormal de priver de vagin cette femme de trente-huit ans.

Il fallait diminuer la capacité du globe vésical pour le réduire et le maintenir réduit.

L'*élytrorraphie antérieure* n'était plus possible, en raison des

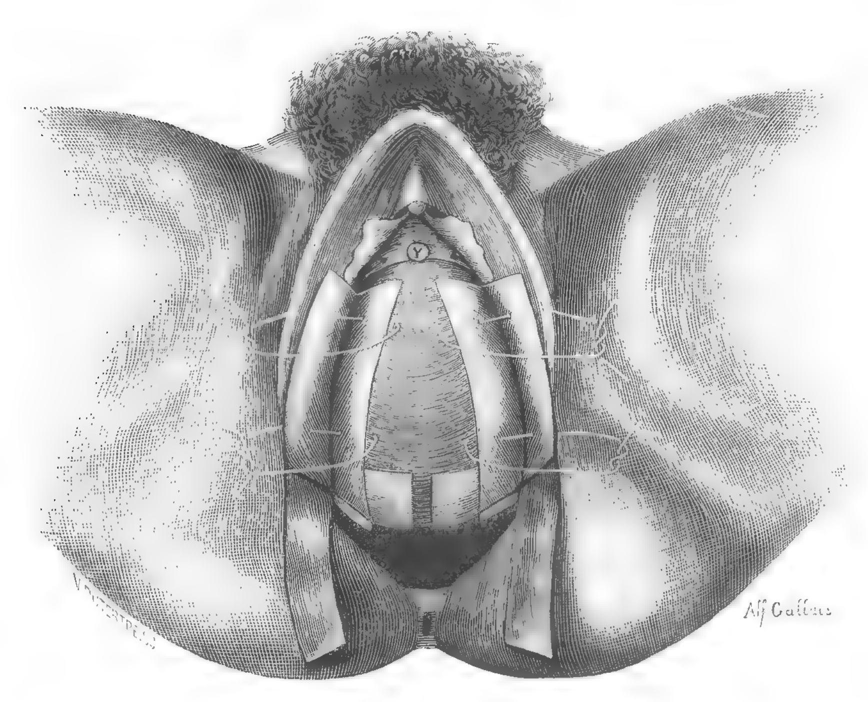


Figure 2.

opérations antérieures déjà faites sur la paroi vaginale vésicale, et qui avaient transformé sa surface en tissu cicatriciel si mince qu'il semblait devoir se rompre.

C'est alors que j'eus recours à un procédé de fixation de la vessie aux parois latérales du vagin — *cystorraphie vagino-latérale* — dont vous pouvez suivre les temps principaux sur les dessins que je joins à cette note.

I. — *Taille par transfixion de lambeaux vaginaux, en les laissant adhérents par leur portion inférieure* (Fig. 2).

II. — *Avivement large des parties latérales et inférieures de la*

vessie dans la portion correspondante à la surface cruentée du vagin (Fig. 2).

III. — *Suture au catgut des parties cruentées vésicales et vaginales latérales* (fig. 3).

IV. — *Les deux lambeaux vaginaux adhérents par leur base sont ramenés sous la vessie, suturés entre eux par leurs bords sur la ligne médiane, et par leur surface cruentée à la portion correspondante et*



Figure 3.

avivée de la vessie, formant une véritable sangle, une sous-ventrière vésicale (fig. 3).

Tels sont les temps de cette opération.

La taille des lambeaux vaginaux s'est faite par transfixion; ils étaient épais, comprenant toute l'étoffe vaginale; ils avaient au moins 2 centimètres de largeur et 6 centimètres de longueur. Leur limite supérieure répondait à la hauteur du col vésical; ils avaient une longueur moindre que celle du globe vésical prolabé; c'est par cette portion inférieure qu'ils furent laissés adhérents puis ramenés sur la ligne médiane, opposant une surface cruentée à celle de la vessie.

La taille de ces lambeaux s'accompagna, du côté gauche, d'une véritable hémorragie en nappe, arrêtée par un tamponnement. Du côté droit, déjà travaillé par le bistouri, le suintement sanguin fut insignifiant.

L'*avivement vésical* fut pratiqué sur les parties latérales et inférieures de la vessie. La muqueuse vaginale était saine à ce niveau, non détruite ou amincie par des opérations antérieures comme sur la ligne médiane; j'eus soin de pousser l'avivement jusque dans le sinus vésico-vaginal, de sorte que les surfaces cruentées vaginales et latérales se continuassent.

Avec les dessins mis sous les yeux du lecteur, la suture au catgut n'a pas besoin d'être mieux précisée. Je fais remarquer qu'entre la sangle vésicale et la paroi postérieure du vagin restait un orifice correspondant au vagin.

Les suites opératoires furent des plus simples : au vingtième jour, la malade se levait et le résultat thérapeutique immédiat était des plus satisfaisants.

Ce résultat se maintiendra-t-il? C'est ce que l'expérience et l'observation suivie de cette opérée me permettront d'établir.

Le cas de la seconde malade dont je désire vous parler, était plus simple. Chez une femme de quarante-huit ans, qui avait subi plusieurs opérations antérieures (périnéorraphie, puis hystérectomie vaginale) pour remédier à un prolapsus utérin, la cystocèle se caractérisait par l'issue hors de la vulve, sans effort, dans le décubitus horizontal comme dans le vertical, d'une vessie transformée dans sa forme, — elle n'était plus globuleuse —, mais allongée dans le sens antéro-postérieur, cylindrique.

Réduire avec le doigt ce verre de lampe prolabé était facile, mais le maintien de cette réduction était impossible autrement qu'avec un tamponnement vaginal.

Pour assurer le maintien de cette réduction, je fis un avivement de la portion *antérieure et inférieure* de cette vessie, puis un avivement correspondant dans les parties les plus élevées de la paroi vaginale postérieure, tout près de la cicatrice utérine, et je suturai au catgut les surfaces cruentées. La vessie fut ainsi fixée et cachée dans la partie élevée du vagin. Une périnéorraphie constitua ensuite comme une barrière à l'issue de cette vessie.

Le résultat immédiat a été très bon. Le temps seul nous permettra d'apprécier la valeur, la solidité de cette *cystorraphie inférieure*.

M. SCHWARTZ. — Tout ce qui pourra nous aider à maintenir et à guérir les cystocèles chez la femme mérite d'attirer notre attention.

Le premier procédé de M. Gérard Marchant me paraît très original, mais je crains bien qu'il ne donne pas grand résultat durable : l'avenir nous le dira.

Quant à la seconde manière de faire, il s'agit là d'un vrai cloisonnement du vagin tel que le professeur Le Fort le pratiquait contre les chutes de l'utérus. J'a eu l'occasion de faire ce cloisonnement dans un cas de chute de la paroi antérieure du vagin, de cystocèle avec rectocèle, il y a de cela huit ans, non pas en avivant le vagin près du col, mais au milieu. Le résultat, au point de vue de la chute de la paroi, a été très bon et j'ai pu constater qu'il avait été durable, ayant revu la malade assez longtemps après. J'y aurais plus confiance que dans la première manière de faire quand il pourra être employé (femme ayant dépassé le ménopause).

M. Paul Reynier. — Le procédé employé par M. Gérard Marchant pour remédier à cette cystocèle volumineuse est très ingénieux, et je n'ai nullement l'intention de le critiquer, car je sais combien est difficile le traitement de ces ptoses vésicales, et nous devons être reconnaissants à quiconque cherche de nouveaux procédés, et nous en présente. Mais je ne peux m'empêcher de faire remarquer à M. Gérard Marchant, qu'après son avivement et ses sutures, la vessie continue toujours, d'après la figure qu'il nous présente, à faire hernie, et à se montrer prolabée au niveau de l'orifice vulvaire. Par son opération notre collègue soutient cette vessie prolabée, empêche la cystocèle d'augmenter, mais il ne la réduit pas. Son opération est donc surtout une opération palliative. Or je lui serais reconnaissant de me dire si ce soutien de la vessie prolabée suffit pour remédier aux troubles de la miction que présentent ces malades, et quel bénéfice son opérée en a retiré.

M. Gérard-Marchant. — Je voulais dire que cette femme n'avait eu aucun trouble physiologique vésical consécutif à l'opération. J'avouerai à M. Reynier que je connais mal ces troubles fonctionnels consécutifs aux cystocèles : ils me semblent exceptionnels.

M. Routier. — Certaines malades, atteintes de cystocèle, comme nous le savons tous, ne peuvent vider leur vessie qu'en comprimant et en réduisant leur cystocèle.

Présentations de malades.

M. Souligoux présente deux malades traités pour des *fistules pleurales consécutives à des pleurésies purulentes.* — Rapporteur : M. Lejars.

Ectopie testiculaire double traitée par l'orchidopexie.

M. Bazy. — Dans la séance du 2 juillet dernier (*Bulletin de la Société de chirurgie*, p. 758), je vous ai parlé d'un malade atteint de cryptorchidie double auquel j'avais fait une orchidopexie droite en 1896, et je vous ai dit que le testicule avait une forme et une situation normales.

Je vous avais dit aussi que je venais de lui faire une orchidopexie gauche pour remédier à des accidents nerveux graves qui paraissaient avoir pour point de départ l'ectopie inguinale, et cette opération était de date récente au moment où je vous en ai parlé.

Ce testicule a été fixé de la même façon que le premier : j'ai pu respecter les vaisseaux.

Le scrotum était rudimentaire mais suffisant.

Ce dernier testicule est plus petit que l'autre : le premier a une consistance et un volume normaux ; il a été descendu avant la puberté. Le second, au contraire, est plus petit. Étaient-ils différents? je n'en sais rien ; en tout cas le testicule descendu à l'âge de quatorze ans s'est certainement développé.

Le résultat que je cherchais en faisant cette seconde opération, à savoir la suppression des accidents nerveux a été obtenu, tout en conservant l'organe. Le professeur Joffroy consulté avait conseillé au besoin l'ablation de l'organe. Je suis heureux de n'avoir pas eu besoin de recourir à cette fâcheuse solution.

La première opération a été faite en 1896 ; le malade avait quatorze ans.

La deuxième a été faite en juin dernier, il y a près de onze mois, et le testicule ne s'est pas atrophié ; au contraire, son volume se rapproche actuellement de celui de l'autre côté.

Pharyngotomie latérale pour l'extraction d'une pièce dentaire enclavée au-dessus de l'orifice supérieur de l'œsophage.

M. Quénu. — Je fais cette présentation de malade dans le but de fournir un exemple de la simplicité opératoire et post-opératoire de la pharyngotomie pour corps étrangers des voies digestives supérieures. Ce malade, en effet, opéré le 31 mars, est sorti guéri de l'hôpital au bout de quatorze jours et je vous le présente exactement trois semaines après son opération.

Mon opéré, âgé de trente-sept ans, nous raconte que ce matin même 31 mars il s'est réveillé ayant avalé son dentier, qu'il a l'habitude de ne pas quitter la nuit; il tente de faire des efforts de vomissement mais sans aucun résultat; il nous arrive le facies anxieux, respirant avec quelque difficulté, avalant mal et accusant une douleur aiguë un peu au-dessous du larynx. A ce niveau, on sent une induration qu'on peut mobiliser transversalement à travers les téguments. Par la bouche, l'index droit seulement (et pas le gauche) atteint très difficilement l'extrémité du dentier sur la limite gauche du pharynx. Or, avant mon examen, les manœuvres avaient été faites avec le panier de Graefe et avec des pinces courbes, mais inutilement.

Une seule tentative me démontra l'enclavement du dentier et l'inanité de nouvelles tentatives; je me décidai séance tenante à extraire le corps étranger par une incision latérale du pharynx.

Je fis sous le chloroforme une longue incision à gauche, le long du bord antérieur du sterno-cléido mastoïdien, comme pour une ligature de la carotide externe.

Après section entre deux ligatures du tronc veineux thyro-linguo-facial je fis récliner l'artère carotide externe en dehors, reconnus l'extrémité saillante de la grande corne de l'os hyoïde et incisai directement dessus le pharynx sur une étendue de trois à quatre centimètres : cette incision fut suffisante pour attirer l'extrémité du dentier, le faire basculer et l'extraire. J'appliquai un point de suture au catgut sur l'incision pharyngienne, muqueuse comprise; contre cette incision pharyngée j'appliquai un petit drain que je fis sortir par l'extrémité inférieure de la plaie cutanée entièrement réunie ailleurs.

Le malade fut mis à la diète complète les deux premiers jours ; on lui injecta 1.000 grammes de sérum et on ne lui donna rien à boire ; il eut seulement l'autorisation de se rincer la bouche avec de l'eau. Le troisième jour on lui permit de l'eau pure, le quatrième jour du lait, puis peu à peu le malade put absorber des potages et des aliments de consistance molle.

La seule réaction fut une poussée de fièvre à 39 degrés à la fin du deuxième jour. Le thermomètre oscilla ensuite entre 36°8 et 37°8 pour descendre, à partir du huitième jour, et définitivement à 37 degrés ou au-dessous.

Les fils furent enlevés le 9 avril (dixième jour), le drain le 10 avril, et le malade sortit guéri le 14, sans avoir gardé aucun trouble fonctionnel.

Voici la pièce dentaire enlevée : elle mesure 6 centimètres de long et 2 centimètres de large, elle se termine latéralement par deux crochets, dont un pointu, elle porte quatre dents espacées.

J'ai été frappé par la simplicité de cette opération et son innocuité. La mortalité grande qu'accusent les statistiques (les meilleures enregistrent encore 15 p. 100 de mort) pour l'œsophagotomie ne peut, je pense, s'expliquer que par l'époque tardive de l'intervention et la multiplicité des manœuvres d'extraction par les voies naturelles engendrant des lésions septiques de la muqueuse pharyngienne ou œsophagienne.

Il est donc de toute évidence qu'on a le plus grand intérêt à intervenir de bonne heure et dès que les tentatives prudentes d'extraction directe ont échoué. La facilité avec laquelle on arrive sur la grande corne de l'os hyoïde et sur le pharynx m'a enfin suggéré cette idée qu'il y aurait peut-être avantage, dans certains cas, à préférer la pharyngotomie à l'œsophagotomie quand le corps étranger œsophagien n'est pas loin de l'orifice supérieur de l'œsophage.

M. Routier. — Je félicite mon ami Quénu de son succès; dans un cas plus grave, il est vrai, car il s'agissait d'un dentier non plus arrêté dans le pharynx, mais d'un dentier assez loin dans l'œsophage, j'ai été moins heureux.

Voici le fait : Mme B..., âgée de trente-huit ans, avait avalé dans la nuit du 16 au 17 février un dentier composé d'une pièce métallique en or, portant 2 dents, et muni de 3 crochets saillants destinés à entrer dans les interstices dentaires.

Le 17 février elle vint à Necker; là, l'interne de garde, en présence de la suffocation provoquée par ce corps étranger, repoussa ce dentier assez bas au-dessous du larynx.

Le 18 au matin, la malade était très calme, ne souffrait plus, et voulait partir. Je crus un moment que la pièce était tombée dans l'estomac.

Une petite olive passée avec précaution arriva dans l'estomac sans rien frôler, mais, au retour, je sentis le contact, l'olive étant derrière la poignée du sternum.

Une radiographie confirma le fait.

J'eus toutes les peines du monde à convaincre la malade de la nécessité d'aller au plus tôt chercher ce corps étranger : il fallut attendre la venue de son mari, et ce n'est que le 19, plus de quarante-huit heures après l'accident, que je pus agir.

La malade fut endormie ; j'essayai avec une pince de Cusco d'aller aussi loin que possible : je n'atteignis rien.

Je passai alors le panier de Graefe, pensant que je pourrais ramener le dentier, ou tout au moins l'accrocher et avoir ainsi le point de repère pour aller le chercher par l'œsophagotomie externe.

Le panier passa, puis, au retour, accrocha le dentier, mais je compris qu'il ne viendrait pas par les voies naturelles, ce à quoi je m'attendais, étant donné sa forme et les crochets métalliques dont il était hérissé.

Je pratiquai donc l'œsophagotomie externe, très bas, à gauche, très gêné par un gros corps thyroïde ; je dus lier une veine assez grosse au ras de la jugulaire.

La tige du panier me servant de conducteur, j'incisai l'œsophage très bas, et je dus avec le doigt et une pince plongés assez bas encore dans l'œsophage aller pêcher le dentier qui vint sans trop de difficultés.

La suture de l'œsophage était impossible ; je plaçai un drain au bas de la plaie, que je tamponnai après l'avoir rétrécie par deux ou trois points de suture cutanés placés sur sa partie supérieure.

Les premiers jours tout alla bien, mais le 25, six jours après l'opération, elle eut un fort frisson, la plaie prit un aspect grisâtre ; elle se mit à tousser, et succomba le 26 dans la soirée.

L'autopsie nous montra qu'il s'agissait d'une pneumonie infectieuse de tout le poumon gauche.

Plus heureux dans un cas semblable, mais pour un plus petit dentier, j'ai pu le repousser dans l'estomac, et le malade n'a jamais plus rien senti ; le dentier a été rendu dans les fèces trois semaines après.

M. Labbé. — La communication de M. Quénu est fort intéressante. Je désire à ce propos présenter quelques observations sur la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers spéciaux constitués par des dentiers un peu volumineux. Ces corps étrangers présentent ce caractère particulier que leurs extrémités sont coupantes, d'où il suit qu'une manœuvre consistant à les extraire brusquement expose à des blessures très sérieuses. C'est ce que l'on a vu plusieurs fois, notamment, dans un cas observé, jadis, à l'Hôpital des Cliniques. Une jeune fille avait avalé son dentier ; celui-ci était descendu dans l'œsophage. L'extraction à l'aide du

panier de Graefe fut tentée; dans un mouvement un peu brusque, l'un des côtés du dentier coupa la carotide : la jeune fille rendit des flots de sang et mourut en quelques secondes.

Je crois qu'un corps étranger de cette nature étant fixé dans l'œsophage, il faut établir en principe que c'est à l'œsophagotomie qu'il faut recourir immédiatement. Il y a quelques années, un homme d'une trentaine d'années avala pendant son sommeil un dentier presque complet de la mâchoire supérieure. Ceci se passait à une vingtaine de lieues de Paris. Le médecin qui fut appelé jugea fort intelligemment que les manœuvres d'extraction par les voies naturelles présenteraient un très grand danger. Il expédia immédiatement le malade à Paris, après m'avoir prévenu par le télégraphe de me tenir prêt à recevoir le patient. A quatre heures de l'après-midi, je pratiquai l'œsophagotomie externe et le malade guérit avec une grande rapidité. Je ne fis pas de suture à l'œsophage. J'estime que cette suture n'est pas utile, qu'au fond de la plaie résultant de l'œsophagotomie elle est difficile à exécuter et peut exposer à produire quelques éraillures de l'œsophage. Les bords de la plaie s'accolent d'ailleurs facilement, et un bon drainage fait avec plusieurs fils de catgut me paraît devoir mettre à l'abri des accidents d'infiltration dans le médiastin.

M. Pierre Sebileau. — Les cas dont viennent de parler MM. Routier et Labbé sont tout à fait différents du cas de M. Quénu. Les premiers sont des exemples de corps étrangers de l'œsophage ; le second est un exemple de corps étranger du pharynx.

A mon avis, les indications thérapeutiques sont, d'une manière générale, tout à fait différentes dans l'un et l'autre cas.

Je pense que pour les corps étrangers de l'œsophage (il est ici question de gros fragments de dentiers à squelette métallique) il y a lieu de recourir sans tarder à l'œsophagotomie externe. Les méthodes de douceur sont ici dangereuses, parce que ce sont des méthodes aveugles, qui deviennent fatalement brutales si le corps étrangé est implanté dans les parois de l'œsophage. Je ne suis pas à cette heure encore édifié sur la valeur de l'œsophagoscopie (procédé de Killian) et, jusqu'à plus ample informé, je reste partisan de l'ouverture chirurgicale de l'œsophage. L'œsophagotomie externe n'est, cependant, ni une opération facile, ni une opération bénigne. J'en ai pratiqué six cette année sur de tout jeunes enfants et fort de l'expérience qui m'est venue de cette série opératoire j'appuie sans restriction les observations que faisait tout à l'heure notre collègue Routier. Il y a souvent, après cette opération, qui se pratique dans le grand département cellulaire du cou, au ras du médiastin, même quand on s'est entouré de toutes les

précautions, qu'on a drainé largement, qu'on a placé une petite sonde à demeure par les fosses nasales, quelques accidents septiques qui, pendant quelques jours, éprouvent assez durement le patient.

Pour ce qui concerne les corps étrangers du pharynx, je suis d'un tout autre avis. Certes, la pharyngotomie est une opération bien plus facile et, à mon sens, moins dangereuse que l'œsophagotomie. Elle a, dans le cas particulier, donné à mon maître Quénu un très beau résultat et cela n'étonnera personne. Cependant, je considère qu'il n'y a pas lieu de la pratiquer d'une manière hative.

En pareil cas, en effet, l'extraction par les voies naturelles n'est pas une opération aveugle; on peut s'éclairer, voir, et, avec un peu d'habitude, manœuvrer avec autant de sécurité que sur une région mise chirurgicalement à découvert.

Ici donc, si le malade de M. Quénu avait été le mien, je me serais servi du miroir; j'aurais étudié la situation du corps étranger dans le pharynx, ses rapports, sa fixité et, comme il ne s'y trouvait que depuis quelques heures, je crois très sincèrement qu'à l'aide d'une pince courbe, sous le contrôle très précis de la vue, j'aurais pu l'extraire.

Un malade me paraît avoir tout à gagner dans une intervention de cette nature : l'opération est excessivement bénigne et facile; elle nécessite seulement un badigeonnage à la cocaïne; elle ne fait courir aucun risque d'infection, ne laisse aucune trace cicatricielle et, enfin, si elle n'aboutit pas, est, au moins d'un précieux secours pour le chirurgien, puisqu'elle lui permet de baser sur un diagnostic topographique très précis le choix d'une opération par la voie cervicale.

Cela dit, je suis heureux de reconnaître le beau résultat obtenu, et l'observation de M. Quénu est d'autant plus intéressante que la pharyngotomie latérale est une opération peu connue, beaucoup plus rarement pratiquée que les pharyngotomies sus-, sous- et transhyoïdiennes, quoiqu'elle me paraisse avoir sur elles de grands avantages, entre autres celui de ne porter aucune atteinte à la musculature sus- ou sous- hyoïdienne. M. Quénu a fait là, comme d'habitude, une très bonne chirurgie.

M. Segond. — Laissant de côté la question des dentiers arrêtés dans le pharynx et limitant la discussion à la conduite à tenir dans les cas des pièces dentaires arrêtées dans l'œsophage, généralement au-dessus de la fourchette sternale, je désire m'associer à tous ceux d'entre vous qui ont préconisé l'intervention précoce par œsophagotomie, et je poserai comme indication formelle, dans tous les cas où une pièce dentaire s'est arrêtée dans l'œso-

phage : il ne faut jamais tenter d'enlever le corps étranger par les voies naturelles, il faut toujours faire l'œsophagotomie externe. Mon absolutisme s'appuie sur ce fait anatomo-pathologique que les dents montées sur des pièces métalliques à crochet sont fixées à l'œsophage par l'introduction dudit crochet dans la paroi œsophagienne. J'ai quatre observations qui le prouvent. Deux ont déjà été publiées ici. Une autre a été opérée par moi-même. J'ai fait extraire, il y a quinze jours, une pièce dentaire dans les mêmes conditions par un de mes internes. Dans ces quatre cas, si on avait tenté l'extraction par les voies naturelles, on eût provoqué infailliblement les désordres les plus graves de la paroi œsophagienne.

M. Cahier. — J'ai enlevé, il y a quelques années, par l'œsophagotomie externe, un dentier descendu assez bas dans le conduit et qui était muni de deux crochets métalliques. Le malade, avant d'entrer dans mon service, avait subi plusieurs tentatives d'extraction par le panier de Graefe, et avait des crachats sanglants assez abondants. L'opération fut suivie d'issue fatale le troisième jour, et la nécropsie montra que les crochets avaient déchiré les parois œsophagiennes et permis une infiltration septique jusque dans le médiastin.

M. Quénu. — J'ai posé la question de la conduite à tenir dans les cas de dentiers arrêtés dans le pharynx. Je n'ai donc rien à répondre à ceux de nos collègues qui ont parlé de ces mêmes corps étrangers arrêtés dans l'œsophage. M. Sebileau a seul fait une objection à la conduite que j'ai tenue. Sans doute, il est bon de s'assurer de la fixité du dentier avant de faire la pharyngotomie, mais il ne faut pas insister et mon observation le prouve bien, puisque le crochet qui pénétrait dans la muqueuse aurait rendu les tentatives d'extraction directe particulièrement dangereuses.

M. Pierre Sebileau. — J'entends bien qu'il ne convient pas d'insister ni de s'entêter à extraire par les voies naturelles un corps étranger du pharynx qui résiste aux tentatives douces : il ne faut pas, évidemment, déchirer la paroi. Mais je crois qu'il faut, avant de prendre le bistouri, s'assurer que les méthodes simples ne sont pas réalisables, et, à cet égard, on a souvent d'agréables surprises.

Elections.

Nomination d'un membre titulaire.

Candidats présentés par la Commission.

En première ligne : M. Faure.

En deuxième ligne, par lettre alphabétique : MM. Arrou, Lyot et Morestin.

Nombre des votants : 26. — Majorité : 14.

M. Faure.	obtient :	24	voix.
M. Arrou.	—	1	—
M. Lyot	—	1	—

En conséquence, M. Faure est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

Le Secrétaire annuel,

Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 29 AVRIL 1903

Présidence de M. PEYROT.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2° — Une lettre du ministère de l'Instruction publique, adressant l'ampliation d'un extrait du « décret relatif aux libéralités consenties par M. Dubrueil à divers établissements, et qui autorise l'acceptation du legs fait à la Société de chirurgie de Paris. »

A propos de la correspondance.

M. JALAGUIER dépose sur le bureau un travail de MM. Degorce et Le Roy des Barres (d'Hanoï), intitulé : *Urétrite et vaginite blennorragiques. Déchirure de la paroi postérieure du vagin, à la suite de manœuvres brutales exercées par un infirmier. Vaste hématome sous-péritonéal du petit bassin. Laparotomie. Guérison.*

Le travail de MM. Degorce et Le Roy des Barres est renvoyé à une Commission dont M. Jalaguier est nommé rapporteur.

M. SCHWARTZ dépose sur le bureau un travail de M. Leguerne (de Saint-Brieuc) intitulé : *Hystérectomie abdominale totale. Section de l'uretère. Uretéro-néo-cystostomie. Guérison.*

Le travail de M. Leguerne est renvoyé à une Commission dont M. Schwartz est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Prothèse métallique de la face après résection totale de la paroi antérieure du sinus frontal.

M. Pierre Sebileau. — Je disais, à la dernière séance, que la restauration des difformités faciales par les injections interstitielles de paraffine, qui a donné de très beaux résultats, n'était cependant exempte ni d'inconvénients ni de dangers; les cas qui nous ont été rapportés par nos collègues Lejars et Tuffier montrent, entre autres, que la méthode ne peut pas encore recevoir un jugement définitif.

Aussi m'a-t-il semblé bon, à ce propos, de vous montrer un malade sur lequel j'ai essayé un autre mode de prothèse.

Ce malade est un homme encore jeune : vingt-six ans. Il est entré dans mon service au commencement de mars, à moi adressé par mon collègue de l'hôpital Lariboisière, le Dr Brault. Il était porteur, du même côté, d'une sinusite frontale, d'une sinusite maxillaire et d'une mastoïdite suppurée. Les sinusites remontaient à plusieurs mois; la mastoïdite, consécutive à une otite moyenne à répétition, datait d'une douzaine de jours et était déjà extériorisée sous forme d'une collection superficielle.

Je pratiquai, dans la même séance, une large trépanation mastoïdienne, l'ouverture du sinus maxillaire par mon procédé dérivé de celui de Desault (résection totale de la paroi antérieure du sinus maxillaire par la voie buccale et destruction du rempart alvéolaire externe du massif des molaires), enfin l'ablation de toute la paroi antérieure du sinus frontal suivie de l'élargissement de l'infundibulum fronto-nasal (méthode dite de Kunt-Luc). Chacun des sinus fut rigoureusement cureté.

Je laisse de côté tout ce qui concerne la mastoïde et le sinus maxillaire; seul le sinus frontal nous intéresse aujourd'hui, puisque c'est sur lui qu'a porté la restauration.

Ce sinus frontal était très grand; il s'étendait en dehors jusqu'à l'apophyse orbitaire externe du frontal; en hauteur, il mesurait près de 5 centimètres; son plancher était large, ce qui le rendait profond; il contenait plusieurs cloisons osseuses incomplètes.

Les suites opératoires furent très simples; la réunion par première intention se fit sur toute l'étendue de la longue incision sourcilière et, comme du côté de la mastoïde et du sinus maxillaire, tout marcha également à souhait, le malade, débarrassé de

tout bandage, était prêt à quitter l'hôpital un mois après l'intervention chirurgicale.

Mais il portait dans la région frontale un trou apparent; au-dessus du sourcil, la peau s'enfonçait dans une large dépression, qui, près de la ligne médiane, était profonde et s'étendait en dehors, en s'atténuant peu à peu, jusqu'à la queue du sourcil.

Les opérations que nous pratiquons pour les sinusites frontales suppurées ne nous donnent pas des résultats toujours aussi satisfaisants et nous devons compter avec quelques déboires. Je conseillai donc au malade de se tenir pour satisfait, lui montrant qu'au résumé il ne devait pas être défiguré au point d'en être incommodé dans l'exercice de sa profession.

Tel ne fut pas son avis. Il m'affirma qu'il ne serait nulle part accepté comme garçon de café et me fit remarquer, non sans raison, que la dépression s'accentuait chaque jour. C'est, en effet, l'habitude. Il se fait une sorte de rétraction du tissu conjonctif qui comble la cavité sinusale, et cette rétraction, qui colle la peau contre l'os, attire celle-ci vers la profondeur, et la dépression s'accentue.

Le patient sollicita donc une opération prothétique. Je la pratiquai après lui en avoir montré tous les inconvénients. Ma première crainte était de voir la région se réinfecter, entrer en suppuration, et s'éliminer très rapidement la pièce qu'il était dans mon esprit d'appliquer.

Cette pièce, dont je vous présente un spécimen, fut fabriquée par M. Delair dont je vous ai montré plusieurs appareils très ingénieux. Elle fut imaginée par lui, découpée par lui, d'après un tracé qu'au préalable je fis sur le front du malade en suivant la saillie des arêtes qui limitaient le champ de la trépanation, sur une lame d'or à 22 carats, épaisse de huit dixièmes de millimètre.

C'est une pièce triangulaire à angles arrondis, dont la base est interne, dont le sommet, tronqué, regarde en dehors. Elle est légèrement convexe sur sa face antérieure, et concave sur sa face postérieure. Elle est percée de neuf trous ronds, de 8 millimètres, dont les bords sont arrondis à la lime. Le bord inférieur, presque horizontal, de la pièce, est large de 62 millimètres; il présente une légère concavité pour s'appuyer sur la section de l'os au-dessus de l'arcade sourcilière; de chacune de ses extrémités se détache perpendiculairement, et sans soudure, une griffe de 10 millimètres de long sur 2 millimètres de large. Le bord interne, sensiblement vertical, est haut de 36 millimètres. Le bord supérieur, oblique de haut en bas et de dedans en dehors, est légèrement convexe et, par une pente douce, rejoint le bord inférieur.

L'opération ne se fit pas sans quelques difficultés. La peau était

matelassée d'une couche épaisse de tissu fibreux, et, en séparant celui-ci, qui était encore très vasculaire, de l'os auquel il adhérait, je provoquai une hémorragie en nappe qui nécessita une compression assez prolongée, ce qui allongea la durée de l'opération.

Quand toute la paroi postérieure de l'ancien sinus frontal fut



ainsi, à l'aide de la rugine, complètement dégagée, et que le champ opératoire fut étanche, j'essayai d'adapter la pièce métallique aux bords de la brèche osseuse.

Deux difficultés apparurent alors, que, du reste, nous avions prévues. D'une part, la courbure des bords et l'arrondissement des faces ne répondaient pas pleinement aux exigences de la prothèse et de l'esthétique; d'autre part, les griffes avaient une mauvaise direction qui les rendait inutilisables. Il fallut donc opérer sur place plusieurs modifications.

M. Delair s'était fabriqué, à cet effet, tout un matériel spécial

qui avait été stérilisé avant l'opération; il put ainsi marteler et emboutir la plaque jusqu'à ce qu'elle s'ajustât sur le pourtour de la résection, et imprimer aux griffes une direction qui nous permit de les enfoncer dans l'os sur les deux points que j'avais désignés. De ces deux points, l'un, interne, correspondait, sur la ligne médiane, à la face antérieure de l'os frontal, au-dessus de



l'os propre du nez, au ras de la brèche; l'autre, externe, à l'apophyse orbitaire. Je ruginai le périoste et, en face des griffes de la plaque, M. Delair pratiqua un trou de 2 millimètres de diamètre sur 3 millimètres de profondeur, où chacune d'elles fut introduite et calée à l'aide d'un petit coin d'or bien enfoncé et recourbé à angle droit à son extrémité libre, de telle manière qu'il pût s'appuyer sur le bord du trou et ne pas y pénétrer plus avant.

Je fis une hémostase soignée; je m'assurai que l'infundibulum naso-frontal était largement perméable et, par-dessus la plaque solidement fixée, je suturai les téguments sans drainage.

Pendant trois ou quatre jours, il y eut un écoulement nasal séro-sanguin, mais aucune réaction inflammatoire du côté de la peau. D'ailleurs, tout rentra rapidement dans l'ordre et, au bout d'une semaine, j'enlevai les points de suture.

Je vous présente aujourd'hui : 1° le malade ; 2° la photographie de ce malade ; 3° la radiographie du crâne portant la pièce d'or. Vous pouvez voir que le patient est en bonne condition ; les deux régions frontales sont, à peu de chose près, symétriques ; les téguments sont en pleine vitalité. L'original est même supérieur à la photographie qui a été prise il y a déjà quelques jours, avant que les croûtes formées au niveau des points de suture ne fussent tombées. La radiographie montre que, dans le sens vertical, l'appareil n'a pas tout à fait la hauteur de la brèche osseuse ; mais il n'en paraît rien sur le malade, en raison de la disposition normale du sinus frontal en angle dièdre et de la pente douce sur laquelle se rencontrent, en haut, ses deux parois.

Le résultat actuel est donc, on peut le dire, très satisfaisant, et je ne crois pas qu'on puisse, par la méthode des injections interstitielles de paraffine, obtenir mieux. Mais que sera le résultat définitif? Que va-t-il ultérieurement survenir? Ici, je suis obligé de faire des réserves. Je sais que la restauration métallique des région défigurées n'a pas, jusqu'à ce jour, donné de bien brillants résultats, et je ne puis m'empêcher de craindre l'élimination ultérieure de la pièce. Sur un autre malade, chez lequel j'ai appliqué tout un squelette nasal en or et qui a très bien supporté son appareil pendant quelques semaines, j'étudie en ce moment le mécanisme d'une sorte d'élimination sèche, aseptique, du métal, et je me demande si, un jour, quoiqu'il soit dans des conditions autrement favorables, des accidents de même nature ne surviendront pas chez le jeune homme que je viens de vous présenter, et qui fait aujourd'hui le plus grand honneur à la prothèse métallique.

M. Nélaton. — Le résultat obtenu par M. Sebileau est très beau. Il est très intéressant de savoir si la plaque métallique qu'il a placée sera conservée, car ces corps étrangers sont habituellement éliminés.

M. Quénu. — Je puis apporter à la Société de chirurgie un exemple de raréfaction osseuse autour de moyens de fixation de plaques ou griffes implantées dans les os. J'avais, il y a une dizaine d'années, appliqué au traitement d'une pseudarthrose de l'humérus des plaques d'aluminium fixées par des vis. Les suites

furent simples, l'immobilisation des fragments étant parfaite et la réunion aseptiquement obtenue.

La tolérance des tissus se maintint pendant une année ; au bout de ce temps, la cicatrice fut, à son extrémité inférieure, distendue par un peu de liquide. Je ponctionnai et retirai un liquide citrin aseptique. J'incisai la cicatrice et reconnus que la plaque était mobile, vacillante, et que les vis flottaient dans leur trou élargi. L'ostéite raréfiante avait donc peu à peu fait le vide autour des vis et amené la mobilisation de la plaque.

M. Tuffier. — Sans vouloir faire dévier cette question de la prothèse sur fixation osseuse, je veux apporter des faits à l'appui de cette opinion que les corps étrangers d'un certain volume implantés sur un os déterminent à ce niveau des phénomènes d'ostéite raréfiante. J'ai pratiqué dans ces derniers temps un certain nombre de sutures osseuses pour fractures et pseudarthroses, et cela au moyen des *agrafes* de Jacoel. Or, après avoir enfoncé dans les diaphyses les dents de ces instruments métalliques, les fractures sont absolument et complètement immobilisées, les dentelures de la fracture sont engrenées et ne laissent aucun jeu entre les fragments. Mais si vous examinez ces fractures une vingtaine de jours après, vous trouvez qu'elles présentent un certain degré de mobilité ; les dents de l'agrafe sont donc devenues mobiles, et en voici la preuve. Dans plusieurs cas, j'ai assisté au processus d'élimination aseptique de ces agrafes : j'ai vu, de deux à six mois après une opération, se produire un soulèvement non douloureux de la peau ; j'ai incisé cette tuméfaction, il en est sorti un liquide clair, et, avec une simple pince, j'enlevais facilement l'agrafe. Elle avait donc provoqué une ostéite raréfiante aseptique, car ma plaie opératoire s'est réunie directement. Cette élimination aseptique est inconstante, sans que nous sachions au juste quelles sont les conditions qui la favorisent.

M. Nélaton. — Je veux profiter de cette discussion pour exprimer le désir que tous nos confrères qui ont pratiqué cette prothèse veuillent bien communiquer les résultats définitifs de leur pratique. Nous saurons ainsi comment les malades tolèrent à longue portée les corps étrangers.

M. Pierre Sebileau. — Je suis heureux de voir M. Nélaton partager mes craintes ou, tout au moins, faire des réserves, et je crois, comme lui, qu'il y a grand intérêt à mettre au point cette question encore obscure de la tolérance des tissus pour les pièces de métal que nous appliquons à la restauration des régions défi-

gurées. Je lui promets donc, non seulement de suivre attentivement dans l'avenir le malade que je viens de présenter, mais même de montrer ici, sous peu de jours, un opéré, celui dont je parlais il y a un instant, chez lequel s'opère, en ce moment, l'élimination de l'appareil prothétique. Il y a, dans cette sorte de défense de la nature contre le corps étranger, un mécanisme très intéressant à étudier. Je pense que, dans un certain nombre de cas, le plus grand peut-être, il y a lieu d'incriminer l'infection; celle-ci est d'autant plus difficilement évitable qu'on opère, pour ainsi dire toujours, dans le voisinage des cavités de la face, « prolongement en nous du monde extérieur ». Mais il y a autre chose; on dirait que la peau, séparée des régions qu'elle est appelée à recouvrir à l'état normal, est, par une sorte de travail de rétraction, attirée vers elles. Libre d'abord sur la pièce de métal, elle ne tarde pas à s'y coller, à s'enfoncer dans les interstices de ses arêtes, à se laisser pénétrer par elle, à s'user contre elle; alors, on la voit s'amincir, laisser transparaître le métal, puis finalement s'ulcérer, et tout cela dans une espèce de gangrène sèche, d'usure aseptique. Aussi est-il très important, je crois, pour mettre toutes les chances de son côté, de n'employer, comme pièces de restauration, que des pièces, ajourées, avec de très petits orifices; il vaut mieux multiplier ceux-ci que les agrandir. Quand, en effet, les espaces vides qui séparent les arêtes de l'appareil sont larges, on voit les téguments s'y enfoncer, comme s'ils étaient aspirés de la profondeur et, naturellement, l'usure, la nécrose de ces téguments sur les bandes métalliques sont d'autant plus rapides que la dépression est plus accentuée. Enfin, il y a, je crois, à tenir compte de l'ébranlement des griffes dans le tissu osseux. Si solidement que celles-ci soient implantées, elles peuvent provoquer, autour d'elles, un processus d'ostéite raréfiante qui les rende libres dans le parenchyme du tissu compact, et, du jour où elle devient flottante, l'élimination de la pièce n'est plus, évidemment, qu'une question de temps.

Pour en revenir à mon malade et pour lui appliquer les quelques réflexions que je viens de faire, il me vient précisément quelque préoccupation au sujet de la griffe interne et du coin qui fixe celle-ci dans l'os. Sous les téguments, je perçois leurs arêtes et je crains que là ne commencent un jour l'amincissement et l'usure de la peau. Je serais bien plus tranquille si toute la pièce était, comme la face convexe de la plaque, recouverte d'un épais matelas de peau doublée de tissu fibreux.

Sur la pluralité des néoplasmes.

M. Richelot. — La Société de chirurgie discute une importante question, celle de la « pluralité des néoplasmes »; je devrais dire, expose quelques faits cliniques relatifs à cette question.

Depuis la communication de M. Monod, nos collègues se sont bornés à dire qu'on peut trouver dans le ventre des femmes plusieurs tumeurs à la fois, notamment un fibrome utérin et un kyste de l'ovaire; en même temps, ils ont rappelé que, dans ces cas-là, il faut enlever les deux tumeurs.

Si la « discussion » doit avoir pour seul objet de constater une fois de plus la possibilité ou la fréquence de ces lésions multiples, c'est là un fait banal et bien peu digne de retenir notre attention. Et si vous n'en tirez d'autre conclusion que le conseil d'enlever bien complètement les deux néoplasmes toutes les fois que c'est possible, on se demande s'il n'y a pas de vérités moins éclatantes dont la Société de chirurgie ferait mieux de s'occuper pour les sortir de l'ombre.

La question, cependant, est de celles qui éveillent beaucoup d'idées. Seul, M. Lejars en a tenu compte, en parlant des « liens obscurs » qui unissent entre eux ces néoplasmes. Il a même osé prononcer un mot bien passé de mode, « diathèse néoplasique »; puis, comme effrayé de son audace et pour demander pardon, il a vite ajouté que c'était là le côté « séduisant et illusoire » de la question.

Je ne suis pas de cet avis ; je ne pense pas que nous soyons ici « en plein mystère », et que ce soit un travail futile et sans but que de rechercher « l'influence commune » qui préside au développement des tumeurs. Je crois même que cette recherche est aujourd'hui beaucoup plus intéressante que l'affirmation nouvelle de certains principes de technique opératoire ressassés depuis dix ans, et sur lesquels nous sommes tous d'accord.

Lejars vient de rappeler timidement que, si plusieurs tumeurs, nées l'une après l'autre ou du même âge, vivent à la fois sur le même sujet, cela dépend d'une prédisposition, d'une aptitude de l'organisme à créer des néoplasmes. Ne disons pas, si le mot vous déplaît, diathèse néoplasique; il faut cependant bien que j'en dise un autre qui, je crois, ne vous plaît pas davantage. Ce terrain favorable au développement des tumeurs, c'est l'*arthritisme*. L'étude de ce tempérament morbide est peu goûtée par les chirurgiens, qui traitent volontiers de rêveurs ceux qui s'en occupent, bien que ses principales manifestations cliniques, sinon sa nature

même, soient très connues et forment un groupe assez nettement défini.

Il est bien entendu que nous parlons seulement des tumeurs *primitives*, successives ou contemporaines, et non des tumeurs secondaires, métastatiques. Il y a des organes à tumeurs primitives, tels que le sein et l'utérus, et des organes à tumeurs secondaires, tels que le foie et les poumons. Bien que cette distinction n'ait rien d'absolu, il n'en est pas moins vrai que deux néoplasmes simultanés dans deux organes à tumeurs primitives doivent être considérés, d'une façon générale, comme une coïncidence pathologique résultant de la prédisposition.

Verneuil, après Bazin, rattachait le cancer à l'arthritisme ; sa diathèse néoplasique n'était autre que l'arthritisme. Mais Verneuil ne gagna personne à sa cause. C'est qu'avec tout son talent et toute sa conviction, il jetait parfois un certain discrédit sur les idées qu'il défendait, au moins sur quelques-unes d'entre elles; c'est qu'il les présentait comme des armes de combat contre les idées nouvelles qu'il voyait naître autour de lui ; c'est qu'il parlait à une époque où on n'était plus disposé à l'entendre. Reportez-vous à cette période de notre histoire : n'était-il pas légitime et nécessaire, ce mouvement qui alors nous emporta tous vers la thérapeutique chirurgicale? Les meilleurs esprits n'avaient-ils pas autre chose à faire que de penser à la pathologie générale? Si nous avions été très sages, très modérés, très amoureux de la doctrine, serions-nous maintenant où nous sommes, aurions-nous fouillé, analysé tant de faits, découvert tant de procédés utiles? Il ne faut pas médire de ce passé, qui est notre grand honneur.

Malheureusement, le mouvement ascensionnel fut si rapide et si violent qu'il dépassa le but; les chirurgiens puisèrent dans leurs succès matériels un parfait mépris des idées générales, et devinrent purement des séméiologistes et des opérateurs. C'est déjà beaucoup, mais ce n'est pas tout. Considérez le point où nous sommes parvenus : évidemment, la thérapeutique chirurgicale n'a pas dit son dernier mot, mais elle en a tant dit depuis quinze ans qu'elle en est un peu essoufflée. Nous voilà sur un plateau où nous piétinons pour nous donner l'illusion du mouvement et nous faire croire que nous montons encore. Mais nous ne faisons que varier d'infimes détails, discuter sur des pointes d'aiguille et répéter des choses connues. Voyez, dans les journaux et les revues, les « procédés nouveaux », c'est un article qui ne manque jamais; que disent-ils? On a jusqu'ici fait passer les ligaments ronds par la plaie abdominale pour les fixer à la paroi, un auteur imagine de les faire passer par une boutonnière de l'aponévrose ; les chirurgiens ont pris l'habitude de faire l'hémisection médiane et la

bascule de l'utérus en avant, un auteur vient qui propose l'hémisection médiane et la bascule en arrière ; un autre, pour que son mémoire ne soit pas trop court, nous avertit qu'avant d'opérer il rase la malade et lui brosse le ventre, a soin d'être bien éclairé et dispose convenablement ses aides ; il y en a qui se croiraient perdus s'ils ne décrivaient minutieusement les étages de leur suture ; entre temps, on discute encore les mérites respectifs du catgut, du crin de Florence et du fil d'argent ; la Société de chirurgie elle-même semble à court de sujets étroits et de technique opératoire, elle redit des choses cent fois dites sur l'administration du chloroforme, et la voilà maintenant qui découvre qu'on peut avoir plusieurs tumeurs à la fois et qu'il faut tâcher de les enlever toutes.

Je sais bien que je ne serais pas en peine de trouver dans nos bulletins des communications personnelles, originales, si j'avais pris la parole pour faire l'éloge de mes collègues. Nous marchons toujours, c'est entendu, mais nous marchons à tout petits pas, après la course brillante de ces dernières années. Et puisqu'il en est ainsi, puisque nous devons renoncer à avoir désormais « une idée par jour », puisqu'il faut attendre que les inventions récentes soient triées et classées, n'est-ce pas le moment de nous recueillir, de comparer entre eux les faits accumulés, de chercher leurs relations, de faire un peu de synthèse après avoir tant analysé? Les notions de pathologie générale fondées sur l'observation des faits ne sont pas des notions abstraites et purement spéculatives ; elles sont, dans bien des cas, immédiatement utiles. J'ai vu trop souvent les diagnostics erronés et les traitements à contre-sens être le fruit de cet esprit gouailleur qui prétend « s'en tenir aux faits » et négliger les « hypothèses », pour ne pas considérer ces notions comme un guide secourable et injustement méconnu.

Donc, il y a pour les tumeurs une prédisposition. Je n'ai aucun goût pour la théorie parasitaire, qui fait de la tumeur un événement fortuit, un accident venu du dehors, un germe déposé par hasard et évoluant sur n'importe quel terrain. Dût cette théorie, toujours séduisante et toujours réfutée, prendre un jour plus de consistance, elle ne me ferait pas croire à la neutralité de l'organisme. La disposition à faire des néoplasmes trouve une de ses meilleures preuves dans l'*hérédité*. Que le cancer soit héréditaire, ce n'est plus une question ; il se transmet de la mère à la fille, il se retrouve chez d'autres ascendants, il dure pendant plusieurs générations. La lignée de cancéreux signalée par Broca dans son *Traité des tumeurs* (p. 151) en est un bel exemple qui m'étonnait autrefois, mais qui n'est plus aujourd'hui qu'un fait banal entre des centaines. Autant je nie l'hérédité du cancer quand les

pauvres femmes me questionnent, autant j'y crois pour l'avoir vue et touchée du doigt. Mais s'il ne s'agissait que du cancer et d'une hérédité homologue, le fait ne prouverait pas grand'chose; il s'agit, en réalité, d'une *hérédité néoplasique*, tumeurs bénignes et malignes alternant d'une génération à l'autre. Combien de femmes n'ai-je pas opérées d'un fibrome du sein ou de l'utérus, dont la mère avait un cancer et la sœur un kyste ovarien! Il y a des familles dont les membres se partagent ainsi les différents types de néoplasmes et en offrent la série complète, depuis le cancer jusqu'au lipome. Ce n'est donc pas d'une tumeur en particulier qu'on hérite, c'est d'une disposition à faire des tumeurs en général, et chacun peut en faire deux ou plusieurs, de nature différente. Il y a plus : on voit, à travers les générations, se joindre au néoplasme, alterner ou coexister avec lui, toutes les manifestations de l'arthritisme : goutte, maladies du cœur, diabète. Telle de mes malades avait un fibrome du sein, dont elle est guérie depuis dix-huit ans; sa mère avait eu un cancer du sein, sa grand'mère maternelle un cancer du foie, son père était mort à cinquante ans d'un anévrisme de l'aorte, son grand-père paternel à soixante-dix ans d'un « ulcère de l'estomac », sa tante était obèse et asthmatique, elle-même est aujourd'hui goutteuse avec des arthrites déformantes. J'ai observé des familles bien curieuses où, pendant trois générations, le cancer et le diabète, le cancer, le fibrome et une affection cardiaque, le cancer, le diabète, une dyspepsie grave et la goutte, sans compter les troubles de moindre importance, occupaient simultanément la scène. Ainsi, l'hérédité néoplasique n'est elle-même autre chose qu'une *hérédité arthritique*. Et qu'on ne me dise pas qu'il y a là des coïncidences fortuites; la coïncidence est trop habituelle pour être un simple effet du hasard, et elle n'existe pas sur un autre terrain. On ne voit pas, dans une famille de lymphatiques, surgir inopinément, se développer et se transmettre ce trouble de nutrition qu'est la tumeur et que leur organisme n'est pas apte à produire. On voit bien des malades, porteurs de néoplasmes, devenir tuberculeux, parce que la tuberculose est une infection qui, sans aimer le terrain arthritique, peut y évoluer quelquefois; mais je vous défie de me montrer un cancer chez un tuberculeux d'origine.

Je vous épargnerai de plus longs développements sur l'arthritisme, terrain propice à la genèse des tumeurs. C'est un fait qui ne se démontre pas par des chiffres; la preuve se fait d'elle-même par l'observation quotidienne; il suffit de regarder les malades sans prévention et sans cette indifférence aux idées générales qui est une réaction immodérée contre certaines rêveries de nos pères. Maintenant, j'avoue qu'après avoir proclamé ce fait, je n'en

suis pas plus avancé sur la guérison du cancer. Mais, qui sait? La recherche des sérums s'inspire de la théorie parasitaire ; peut-être qu'un jour l'étude des tempéraments morbides, du régime et de l'hygiène nous fera découvrir des moyens plus sûrs pour guérir ou atténuer nos troubles trophiques, nos scléroses et nos anarchies cellulaires.

Je voudrais maintenant attirer votre attention sur une des coïncidences que vous avez signalées, la plus intéressante à mon avis, celle du fibrome et du cancer utérin. On a dit qu'elle est « assez rare », ou qu'elle « n'est pas très rare ». Je la trouve, pour mon compte, extrêmement fréquente. Il peut se faire qu'un chirurgien n'ait observé dans sa vie qu'un nombre assez limité de fibromes volumineux, appelant par eux-mêmes une opération radicale, et compliqués d'un cancer du col ou de la muqueuse utérine. Mais souvenez-vous de tant d'autres cas où, enlevant un utérus cancéreux, vous avez trouvé dans sa paroi de la graine de fibromes, des lobules gros comme des pois ou des noisettes. Vous avez vu ces utérus-là par vingtaines, ils sont classés dans vos notes parmi les cancers, les petits fibromes n'y sont pas mentionnés, à peine les avez-vous regardés sur la pièce, tant ils étaient insignifiants auprès de la tumeur principale, et sur beaucoup de pièces il y en avait que vous n'avez même pas vus. Si vous tenez compte de ces faits, il apparaît déjà qu'un très grand nombre d'utérus cancéreux sont en même temps atteints de fibromes. Je vais plus loin : vos utérus cancéreux étaient tous plus gros qu'à l'état normal, et la structure de leur paroi épaissie était celle des utérus fibromateux. Cette notion remonte pour moi à l'époque déjà lointaine où j'étais l'assistant de M. Terrier ; c'est à lui que j'ai entendu dire, lors de nos premières hystérectomies vaginales, que l'utérus qui porte un cancer du col est toujours affecté de « métrite chronique ». Vous savez quels ont été depuis lors les avatars de cette métrite chronique. On prétendit un jour en Allemagne que, dans tous les cas d'épithéliome cervical, on trouvait au-dessus de la tumeur une dégénérescence sarcomateuse de la muqueuse utérine. Cette assertion parut si bizarre que partout, en Allemagne comme en France, elle suscita des recherches et fut bien vite réfutée ; et les lésions soi-disant sarcomateuses d'Abel furent de nouveau rattachées à la métrite. Sous ce dernier vocable furent comprises, et malheureusement confondues, des lésions infectieuses, — destructions glandulaires et épithéliales, proliférations embryonnaires, infiltrations de leucocytes, — toujours possibles dans un utérus où les microbes ont pu avoir accès, mais purement éventuelles et qu'on ne trouve pas toujours, et d'autre part, des lésions hypertrophiques constantes, où l'infection paraît ne jouer

aucun rôle, et qui sont pour moi des lésions de nutrition commandées par le tempérament morbide.

Cet état spécial de la muqueuse dans un utérus à paroi épaisse, « métrite glandulaire » et « métrite parenchymateuse » des auteurs, voilà le point que je veux mettre en lumière. Cette hypertrophie des glandes et du stroma qui les entoure, avec conservation des rapports normaux des éléments, cette hypertrophie qui porte à la fois, et en proportions variables, sur les travées conjonctives et les faisceaux musculaires de la paroi, se retrouvent dans tout utérus fibromateux non infecté; qu'on ait affaire au gros utérus simplement scléreux, au même utérus contenant de petits lobules insignifiants, à l'utérus géant sans tumeurs ou aux masses fibreuses les plus développées, c'est toujours la même structure, et les masses lobulées ne sont qu'un cas particulier, une forme de la sclérose utérine. Eh bien! l'hypertrophie glandulaire typique n'a-t-elle pas été nommée par quelques auteurs « adénome bénin » de la muqueuse? Ne l'a-t-on pas vue s'altérer, devenir métatypique, prendre une allure douteuse, et les histologistes n'ont-ils pas maintes fois hésité entre métrite glandulaire et dégénérescence épithéliale? Sans parler de l' « adénome malin » des Allemands, terme qui nous déplaît, n'a-t-on pas saisi les divers stades par lesquels passe la désorientation cellulaire, et qui séparent l'hypertrophie simple de l'épithéliome parfait? Voilà comment cette hypertrophie régulière de la muqueuse, qui accompagne constamment l'évolution fibreuse de la paroi, est toujours une menace; voilà comment les auteurs ont pu dire que la « métrite » prédispose à l'épithéliome, ce qui est arbitraire et sans preuves si on pense à la métrite infectieuse, mais vrai si le mot s'applique aux lésions dystrophiques dont j'ai parlé; voilà, enfin, comment l'utérus fibromateux, avec ou sans fibromes, est le terrain exclusif sur lequel se développe le cancer.

Je me borne à ces indications sommaires sur un sujet qui comporterait une longue dissertation. J'ai voulu seulement vous montrer qu'à mon sens la coexistence d'un fibrome et d'un cancer utérin n'est pas l'effet du hasard, et que les « liens obscurs » qui unissent ces deux tumeurs sont éclairés par l'étude et la comparaison des faits.

Je ne prétends pas que, pour « faire de la pathologie générale », il faille revenir simplement à des doctrines surannées, à des théories d'imagination pure, sans tenir compte des faits acquis et de la précision des recherches modernes; ce serait une façon d' « élever nos débats » à laquelle je ne convie personne. Mais c'est peut-être les rapetisser que de reculer toujours devant les considérations générales, de repousser tout esprit de synthèse,

comme si nous avions peur d'avoir de l'esprit, et de nous priver ainsi d'une direction précieuse pour comprendre les maladies, leurs causes et leur thérapeutique.

M. Monod. — Je demande à répondre un mot à mon ami M. Richelot sur la façon dont la question en discussion a été introduite ici. C'est à propos non d'une communication personnelle, comme il le rappelait, mais d'une simple présentation faite par moi à la fin d'une de nos séances, que le sujet a été abordé. Je ne songeais qu'à vous montrer une pièce intéressante et non à ouvrir une discussion sur la pluralité des néoplasmes. Je ne pensais pas non plus apprendre à nos collègues que différents néoplasmes pouvaient se rencontrer à la fois sur le même sujet. Je rappelais par contre que la Société de chirurgie n'avait pas toujours été d'avis de débarrasser à la fois et le même jour un malade de toutes les lésions dont il est porteur, en raison de la gravité de pareilles interventions. Je constate avec satisfaction que l'on est aujourd'hui plus hardi, grâce aux meilleures conditions dans lesquelles l'opération peut-être conduite.

M. Richelot. — Personne n'est plus respectueux que moi de la mémoire de mon maître Verneuil. Mais vous savez très bien que lorsqu'il défendait, vers la fin de sa vie, les idées que je viens d'exposer, on ne l'écoutait pas, et vous savez très bien que ces idées étaient « discréditées » par l'allure de polémique qu'il leur donnait contre les idées des jeunes chirurgiens d'alors. Je suis resté dans le vrai en disant qu'il avait raison d'aimer la pathologie générale, et que nous avions été excusables de ne pas le suivre.

A propos du cancer de l'œsophage.

M. Quénu. — Je rappelle que M. Faure nous a communiqué une intéressante observation dans laquelle il a tenté la résection d'un cancer de l'œsophage ; son malade est mort dans la journée.

M. Faure a imaginé comme cause de la mort une dyspnée d'ordre mécanique résultant du délabrement opératoire et rejeté toute hypothèse de septicémie. Cette dernière affirmation me paraît fort contestable. M. Faure, après avoir réséqué le segment œsophagien malade, a lié le bout central, en a cautérisé la surface au thermocautère et l'a réduit ou plutôt laissé dans le médiastin.

J'ai depuis bien longtemps remarqué l'état septique des conduits et réservoirs atteints de certains cancers ulcérés. Cette

remarque s'applique spécialement à l'œsophage, et la preuve m'en est donnée par la nature gangréneuse des complications inflammatoires qu'on observe si souvent du côté des poumons et des plèvres chez les cancéreux œsophagiens. Or, que s'est-il passé chez l'opéré de M. Faure? Il a été bien jusqu'à cinq heures; sa dyspnée a commencé alors seulement, s'accompagnant d'une tachycardie considérable et de faiblesse, sans élévation thermique. Or, ce tableau n'est-il pas autre chose que celui des toxhémies? S'il s'était agi d'une dyspnée mécanique, elle se fût établie au réveil et non quelques heures après l'opération. Je pense donc qu'on peut soutenir que le contact d'une section d'œsophage septique avec l'immense espace absorbant du médiastin a joué le principal rôle dans l'explosion des accidents.

M. Monod. — Je regrette que M. Faure ne soit pas aujourd'hui au milieu de nous, car les remarques que j'ai à faire au sujet de sa communication sont des remarques critiques.

La première est relative à l'opportunité de l'opération qu'il a entreprise. Si je m'en souviens bien, il avait préalablement pratiqué avec succès à son malade une gastrostomie. La fistule fonctionnait à souhait. Pouvait-on espérer davantage chez un homme atteint de cancer, alors que la cure radicale par extirpation de l'œsophage devait fatalement mettre sa vie en danger? Pour ma part, je n'eusse pas entrepris, pour un cancer, la grave intervention qu'a tentée M. Faure. Il m'excusera de dire sur ce point mon opinion en toute franchise, devrais-je lui paraître un peu rétrograde!

Le second point sur lequel j'attire votre attention touche le procédé lui-même.

La supériorité de la technique de M. Faure tient, selon lui, à ce qu'il a réséqué la première côte; à ce prix seul, nous dit-il, on peut avoir la place suffisante pour faire une bonne ablation de l'œsophage. Or, il ne semble pas indifférent pour la statique du thorax de conserver ou non l'appui osseux que la première côte donne à sa circonférence supérieure. Je me demande si la suppression de ce cercle osseux ne doit pas ajouter beaucoup au trouble apporté à la mécanique respiratoire par toute résection costale. Dans cette hypothèse, M. Faure n'aurait-il pas raison, contre M. Quénu, en faisant jouer à l'asphyxie un certain rôle dans la mort de son malade? Mais, d'autre part, à ce point de vue, le procédé qu'il préconise ne devrait-il pas être incriminé?

Je soumets du moins ces réflexions à notre distingué collègue, qui voudra bien en tenir compte dans la mesure où elles le méritent.

Rapports.

Hystérectomie abdominale pour fibromes de l'utérus. Observations et remarques, par M. Arrou.

Rapport par M. Ch. MONOD.

Mon excellent collègue et ami, le Dr Arrou, qui, depuis plusieurs années, veut bien me prêter son utile assistance dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, nous a adressé une série de treize cas de fibromes utérins traités par hystérectomie abdominale-opérations qui ont toutes été suivies de guérison.

Il accompagne chacune de ses observations de courtes remarques relatives aux indications de l'intervention, au choix du procédé employé et aux suites opératoires. Mais il s'en tient là. Ne formulant sur sa pratique aucune conclusion d'ensemble, il laisse à ses lecteurs, et, par conséquent, à son rapporteur, le soin de tirer des faits rapportés l'enseignement qu'ils comportent.

Je devrais, pour cela, reprendre une à une ces observations, et vous montrer : que les tumeurs enlevées varient considérablement de volume, de 465 grammes pour la plus petite jusqu'à 6 kilogrammes pour la plus grosse, — que les unes ont été enlevées en raison des douleurs auxquelles elles donnaient lieu, ou seulement à cause de leur accroissement rapide, plus souvent pour les pertes sanguines graves dont elles s'accompagnaient, — que tantôt la guérison a été obtenue sans incident aucun, tantôt elle a été retardée, soit par une phlébite du membre inférieur, soit par une escarre sacrée (*decubitus acutus*), voire même, dans un cas, par une blessure de l'uretère, ayant nécessité ultérieurement l'ablation du rein correspondant, — faits ou circonstances qui n'ont aucun intérêt particulier, ou qui se rattachent à l'histoire, aujourd'hui bien connue, des fibromes utérins et des opérations dirigées contre eux.

Aussi bien, n'est-ce pas pour mettre ces points en évidence que M. Arrou nous a communiqué ses observations ; ce n'est pas non plus pour le vain plaisir de nous faire savoir qu'il a été particulièrement heureux dans ses tentatives opératoires.

Le véritable objet de sa communication est d'établir que, pour lui du moins, l'hystérectomie abdominale, dite subtotale, — toutes les fois qu'elle est applicable, — est le procédé de choix pour la cure chirurgicale des fibromes utérins.

Il n'est pas arrivé du premier coup à cette conclusion, et l'on peut suivre, pas à pas et d'année en année, dans les faits qu'il nous rapporte, son évolution en ce sens.

Sa première opération date de novembre 1897. Il s'agissait d'une énorme tumeur pesant 6 kilogrammes, qu'il traite par un procédé aujourd'hui tombé en désuétude, le « procédé des broches »,. La guérison de la malade fut retardée par une phlébite qui la retint plus de cent jours au lit. M. Arrou attribue cette complication à une infection partie du pédicule, et, du coup, il renonce pour toujours aux « broches ».

Un moment séduit par l'ingénieux procédé de Lebec, il y a recours dans les trois opérations suivantes, en septembre et en octobre 1898. Mais, par deux fois, il fut obligé d'enlever, par le vagin, chez ses malades guéries, un fil qui entretenait une légère suppuration, dans un cas quinze mois, dans l'autre quatre mois après l'intervention. Dans le troisième cas, comme chez la première opérée, une phlébite survint qui nécessita trois mois de lit. Tout avait bien marché cependant, la plaie abdominale s'était réunie par première intention ; « seuls les fils pédiculaires, rabattus dans le vagin et étreignant un petit moignon à demi-sphacelé, pouvaient être incriminés ».

Cet accident, nous dit M. Arrou, lui a fait abandonner définitivement tous les procédés à pédicule intra-vaginal.

Il se rallie alors à l'ablation totale faite suivant le mode américain, à laquelle il doit ses quatre succès suivants, de juin au 4 novembre 1899.

Pourquoi le 29 de ce même mois de novembre, ayant un nouveau fibrome à opérer, s'est-il contenté d'une hystérectomie subtotale, manière de faire à laquelle il est resté, depuis, fidèle ?

A ceux qui le lui demandent, il veut bien dire que j'ai été pour quelque chose en cette dernière incarnation.

Ceci demande une courte explication qui, si elle a le défaut d'être un peu personnelle, offre cependant cet intérêt de montrer comment, entre les mains d'un même opérateur, une meilleure technique peut assurer le succès de certaines interventions.

Antérieurement à M. Arrou, j'avais, moi aussi, été longtemps à la recherche du meilleur procédé d'hystérectomie abdominale, avec des résultats malheureusement bien moins bons que les siens.

Comme lui, je m'en étais d'abord tenu aux « broches ». Puis, à mesure que de nouveaux procédés, très vantés par leurs auteurs, voyaient le jour, je les tentai tour à tour, — pédicule perdu après ligature élastique sur le conseil de mon ami Bouilly, procédé définitif de Richelot, procédé de Delagenière, procédé de Doyen, etc. Tous me donnèrent — au procédé des broches près qui se montra le moins meurtrier — un nombre à peu près égal de succès et de revers. Ceux-ci cependant tendaient à l'emporter,

si bien que je fus sur le point, en 1898, de vous faire ici une communication sur le « meilleur procédé d'hystérectomie abdominale », désignant ainsi le vieux procédé des « broches » auquel, en désespoir de cause, j'avais fini par revenir.

Ce fut à cette époque, octobre 1898, que, faisant dans les hôpitaux de Paris un voyage d'instruction personnelle — non moins intéressant et suggestif que ceux entrepris à l'étranger — j'assistai dans le service de notre si regretté collègue Bouilly à une hystérectomie abdominale faite par section basse sus-vaginale, avec réfection du péritoine pelvien recouvrant le col amputé — procédé connu sous le nom d'*hystérectomie subtotale*. Bouilly ne s'en prétendait point l'inventeur, mais il lui donnait de plus en plus la préférence. Je fus frappé de l'élégance et de la simplicité de la manœuvre, de la rapidité avec laquelle l'opération pouvait être ainsi menée, du beau résultat immédiat qu'elle donnait, et, me disait Bouilly, des succès presque constants qu'elle procurait.

Dès mon retour dans mon service, je mis ce procédé à l'épreuve, et depuis lors je n'en connais pas d'autre.

Depuis les premiers jours de 1899 jusqu'à maintenant, j'ai eu occasion de l'appliquer 45 fois soit à l'hôpital, soit en ville, avec un seul cas de mort — et encore s'agissait-il dans celui-ci d'une femme infectée. Malgré le fibrome qui obstruait en partie la cavité utérine, une grossesse s'était produite, interrompue par une fausse couche; deux tentatives faites dans un service d'accouchement pour extraire le placenta retenu n'avaient pas abouti. On pouvait espérer, en supprimant l'utérus, mettre un terme à l'infection; il n'en fut rien et la malade succomba promptement. Ce fait ne peut être mis au passif du procédé.

J'en reviens, après cette digression personnelle, à M. Arrou. Impressionné par les succès obtenus par moi en cette année 1899, alors qu'il savait combien j'avais été précédemment malheureux, il voulut à son tour tenter l'aventure. Si j'ajoute ses observations aux miennes, j'arrive à un total de 51 cas avec 50 succès.

Voilà donc, comme je le disais plus haut, la véritable portée de la communication de M. Arrou et du présent rapport.

Après bien d'autres, nous venons, tous deux, — un nombre respectable de faits en mains, — apporter à notre tour notre témoignage en faveur de l'hystérectomie subtotale.

Je résume mon opinion sur ce point en un mot : grâce à cette manière de faire, l'ablation d'un fibrome, que je n'entreprenais pas autrefois sans crainte est aujourd'hui, de toutes les opérations abdominales, celle que je pratique le plus volontiers.

M. Terrier. — Je crois que l'opération que défend M. Monod est

considérée par nous tous comme classique. Au Congrès français de chirurgie de 1899, l'hystérectomie subtotale pour fibrome a réuni une énorme majorité qui ne s'est pas dissociée depuis cette époque.

M. Peyrot. — Je suis converti depuis plusieurs années, moi aussi, à l'hystérectomie subtotale, et sur la gravité de cette opération je partage complètement le sentiment de M. Terrier. Voici trois ans que je n'ai vu aucune de mes opérées succomber. Je puis dire, comme M. Terrier, que je ne fais aucune différence, au point de vue du pronostic opératoire, entre les kystes de l'ovaire et les fibromes utérins.

M. Quénu. — Depuis que M. Terrier nous a présenté sa technique, je l'ai suivie comme tous nos collègues, et toutes les statistiques présentées ici prouvent bien que c'est là notre manière habituelle de faire.

M. Monod. — Je me contenterai de répondre que je suis très heureux d'avoir provoqué à la Société de chirurgie les remarques si catégoriques de mon maître M. Terrier et celles de MM. Peyrot et Quénu, qui semblent avoir exprimé l'opinion de tous ceux qui sont ici. Je ne pensais pas que l'avis de notre Société fût aussi unanime. Je crois bien d'ailleurs que si M. Richelot était encore ici il mettrait une petite sourdine à ce qui vient d'être dit, car pour lui, si je ne me trompe, l'hystérectomie totale n'a pas plus de gravité que la subtotale. Je crois, en tout cas, pouvoir soutenir qu'à la Société de chirurgie, du moins, (je ne parle pas du Congrès de chirurgie), jamais la supériorité de l'hystérectomie subtotale n'avait été proclamée d'une façon aussi décisive. Je répète que je suis heureux, en raison de la grande publicité de nos discussions, d'avoir provoqué cette affirmation.

Ai-je besoin d'ajouter que nous ne prétendons, ni M. Arrou, ni moi, avoir rien inventé dans la matière. Nous avons, comme je le disais dans mon rapport, apporté notre témoignage, le témoignage d'hommes qui ne sont pas exclusivement gynécologistes, en faveur d'une opération, dont on ne saurait trop vanter les mérites.

Le Secrétaire annuel,

Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 6 MAI 1903



Présidence de M. Kirmisson.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Deux lettres de MM. Bazy et Félizet qui, retenus par leurs fonctions de juges du concours des hôpitaux, demandent à être mis en congé jusqu'à la fin des épreuves.

A propos de la correspondance.

M. Legueu dépose sur le bureau un travail de M. Vanverts (de Lille) intitulé : *Anus contre nature siégeant à la partie supérieure du jéjunum. Exclusion intestinale portant sur une grande partie du jéjunum, l'iléon, le côlon ascendant et la moitié du côlon transverse. Guérison.* — Le travail de M. J. Vanverts est renvoyé à une commission dont M. Legueu est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Les opérations sur l'œsophage dans « son trajet thoracique ».

M. Tuffier. — L'opération de M. Faure a trait à *l'extirpation des rétrécissements ou cancers de l'œsophage* dans sa portion thoracique. Je me limiterai à cette seule question.

Autre chose est d'aller à bout de doigt ouvrir un œsophage sur un corps étranger facile à reconnaître, autre chose est d'aborder à large ciel couvert cet organe pour reconnaître un cancer, en apprécier les limites, l'isoler et le réséquer.

Je vais donc étudier les deux points suivants : Quelle est la meilleure voie pour aborder l'œsophage thoracique? En présence d'un rétrécissement infranchissable ou d'un cancer de cet organe, peut-on pratiquer une œsophagotomie ou une résection de l'organe par cette voie?

J'ai pratiqué trois opérations sur l'œsophage thoracique, deux pour cancer, une pour un rétrécissement infranchissable. La première à été faite à l'hôpital de la Pitié, le 7 mai 1898; la seconde, à l'hôpital Lariboisière, le 2 mai 1899; la troisième, à l'hôpital Beaujon, le 25 octobre 1902.

Ma première opération a été simplement exploratrice; il s'agissait d'un cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage qui malheureusement avait envahi le cardia et formait à son niveau une volumineuse tumeur. Après avoir traversé le médiastin à gauche par résection de deux côtes, je sentis dans la profondeur le volumineux néoplasme qui occupait la terminaison de l'œsophage. Je m'arrêtai là et je fis séance tenante une gastrostomie classique. Au cours de cette exploration, j'avais pu me rendre compte de la profondeur considérable de la région œsophagienne inférieure, de sa fixité que j'attribuai alors à la présence de la tumeur et des difficultés sérieuses que l'on doit rencontrer pour manœuvrer à cette distance dans un champ opératoire dont l'incision superficielle est inextensible.

Voici nos deux autres observations :

Obs. I. — *Rétrécissement de l'œsophage (cancéreux) œsophagostomie transmédiastinale postérieure gauche).*

S... (Pierre), cinquante-neuf ans, journalier, entré le 21 avril 1899.

Antécédents personnels. — Pas de maladie vénérienne, ni de brûlure de l'estomac.

Histoire de la maladie. — Le malade souffre depuis un an. Il a d'abord éprouvé de la difficulté pour avaler des aliments solides. Puis la difficulté augmentant, il n'a pu prendre que des aliments liquides. Le passage même de ces aliments causait des douleurs. Quelques vomissements glaireux le matin.

Le malade n'a plus aucun appétit, il a un peu maigri. Les symptômes se sont aggravés depuis le mois de janvier.

Actuellement entré à l'hôpital, amaigri et très faible. Il ne mange

pas, boit du lait qui passe avec difficulté. On entend à l'auscultation un glougou caractéristique. Les douleurs sont continues, mais sont sujettes à des exacerbations sans cause bien définie. Le cathétérisme œsophagien ne permet de passer qu'une olive de très petit volume. On sent une résistance qui correspond à 32 centimètres sur la sonde. Le rétrécissement siège donc à 17 centimètres de l'extrémité supérieure de l'œsophage, c'est-à-dire vers la partie moyenne, vers la cinquième vertèbre dorsale. La radiographie, avec un tube caoutchouc rempli de mercure, montre que cette sonde est déviée très à droite de la colonne vertébrale.

Opération le 22 *mai* 1899. — Incision curviligne à convexité interne gauche d'environ 10 centimètres et portant sur les 6e 7e et 8e côtes. Le sommet de l'incision arrive entre les apophyses transverses et les apophyses épineuses. Section des parties molles, puis résection d'abord d'une côte. La plèvre se décolle très facilement, mais il m'est impossible de reconnaître l'œsophage par le toucher. Dans ces conditions je suis obligé de réséquer deux autres côtes pour avoir un champ opératoire, ce qui permet d'introduire quatre doigts, d'isoler facilement l'aorte, et de décoller la plèvre dans la longueur de l'incision.

La grosse difficulté consiste à séparer l'œsophage et la plèvre à cause des adhérences rétro-œsophagiennes, pas d'adhérence à l'aorte. A la partie supérieure de la plaie on sent le relief des bronches. On essaye de passer des cathéters œsophagiens, l'un métallique, et l'autre en baleine, mais ils restent en route au-dessus du rétrécissement. J'isole alors l'œsophage, et je sens au-dessous de la bifurcation des bronches une masse dure, régulière, cylindrique, adhérente à la plèvre et à la partie latérale droite de l'aorte.

Je pratique au-dessous de ce point l'isolement pénible de l'œsophage que je ne peux amener au niveau de l'incision. Je sectionne la partie latérale de l'œsophage et j'essaie de pénétrer avec une sonde ordinaire; la difficulté est très grande et je n'y arrive qu'avec une sonde métallique à urètre. Je fixe cette sonde à la paroi, et je fais le pansement après avoir suturé. L'éclairage de dedans en dehors par lampe électrique du volume d'un petit haricot, lampe stérilisée et abandonnée au fond du champ opératoire, peut rendre de très grands services dans les opérations sur ces cavités. Durée de l'opération, 1 h. 40.

Suites opératoires : 2 *mai*. On ne donne rien à boire au malade pendant la première journée. Le malade a été très agité pendant la nuit. 2.000 grammes de sérum.

3 *mai*. Le malade est très affaibli; on lui donne à boire un peu de champagne par la bouche. 1.500 grammes de sérum. Mort à 12 heures et demi.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax on trouve dans la plèvre gauche un épanchement louche d'environ 1 litre. Au niveau de mon incision œsophagienne, l'extrémité supérieure de l'œsophage ne tient que par un fragment comprenant les deux tiers de sa circonférence à l'extrémité inférieure. Le calibre œsophagien est rétréci assez régulièrement jusqu'au tiers inférieur du conduit à partir de ce point, les trois

tuniques paraissent infiltrées dans toute la partie inférieure à l'œsophage, on trouve au niveau du cardia des noyaux durs.

Nombreux ganglions le long de l'œsophage. Petites cavernes au sommet des deux poumons.

Obs. II. — *Rétrécissement de l'œsophage. Gastrostomie, œsophagotomie externe par voie transpleurale. Mort.*

D..., trente-trois ans, entré le 25 octobre 1902, lit n° 15. Hôpital Beaujon. Salle Malgaigne.

Il y a quatre ans et demi, le malade a avalé par mégarde de la *soude caustique*. On lui donne immédiatement un vomitif; il vomit un peu de sang. On le transporte à l'hôpital, il y reste quatre jours; après quoi il reprend son travail. Le malade n'a plus souffert depuis, mais il ne peut avaler que des liquides depuis son accident. Encore ne passent-ils pas toujours, dès qu'il a avalé, il sent que le liquide s'arrête au creux épigastrique, il éprouve une sensation d'étouffement; puis il sent descendre petit à petit. Si le liquide ne passe pas, il le rejette immédiatement après sans aucun effort. Il lui est arrivé après avoir bu du lait, de vomir quelques heures après un caillot blanc en forme de tire-bouchon. Le malade n'a jamais vomi de sang depuis son accident. Au cathétérisme on trouve que le rétrécissement siège à 37 centimètres de l'arcade dentaire. Le malade est un infirmier qui, après avoir séjourné dans plusieurs services depuis son accident, nous déclare qu'il ne veut pas subir la gastrostomie seule parce qu'il a vu beaucoup de ces opérés et qu'il préfère mourir s'il ne peut manger par la bouche, et il exige une promesse qu'après sa gastrostomie, on cherchera à lever son rétrécissement œsophagien.

28 *octobre* 1902. Gastrostomie, par M. Dujarier.

11 *novembre* 1902. — Œsophagotomie. — Anesthésie chloroformique. Le malade est placé sur le côté droit.

Incision courbe à sommet regardant le rachis. Cette incision part de la ligne axillaire, vient à trois travers de doigt de la ligne des apophyses épineuses et comprend dans son ensemble les 8e, 9e et 10e côtes.

On relève le volet cutanéo-musculaire en le rabattant autour d'un axe passant par la ligne axillaire antérieure. On résèque la 10e côte, puis la 9e en les sectionnant en dedans de l'angle costal; on les rabat en avant. On ouvre la plèvre et laisse pénétrer l'air progressivement dans la cavité pleurale; le malade se cyanose un peu, mais pas de trouble du côté du pouls. Après cette première alerte légère, on ouvre largement la cavité pleurale; le poumon est adhérent au niveau de la partie inférieure du médiastin. (Quand les phénomènes asphyriques sont trop marqués, on abaisse le poumon et le fixe en bas de façon à permettre une respiration plus facile). La voie ainsi créée est très large et permet de voir nettement; on sent l'aorte en arrière, et en avant un cordon lamellaire, c'est l'œsophage; en avant encore le péricarde. On incise alors le feuillet pleural médiastinal pour arriver sur l'œsophage. On est juste au niveau de l'extrémité inférieure, tout

près du cardia dont on fait facilement le tour. Le trouvant de consistance normale, on remonte le long de ce cordon lamellaire et le trouve dur, scléreux. On fait introduire par les fosses nasales une bougie œsophagienne qu'on ne peut sentir au milieu de cette masse scléreuse. Dans ces conditions, on incise longitudinalement l'œsophage au-dessous de l'induration, puis avec une bougie n° 7 on fait le cathétérisme rétrograde; cette bougie est serrée et ne s'engage que très péniblement. On incise alors sur 6 centimètres la paroi gauche de la masse scléreuse, et après cette incision, on tombe brusquement dans une poche d'où s'écoule un flot de liquide grumeleux; c'est du lait pris la veille par le malade; la quantité de lait est estimée à un bon litre et demi; on l'éponge, mais les compresses ne peuvent l'absorber entièrement. On ouvre alors la poche œsophagienne dans laquelle on aurait pu introduire plusieurs doigts et on retrouve la sonde introduite par le nez. Après avoir détergé toute la région, on passe un tube en caoutchouc (10 millimètres) dont l'extrémité supérieure ressort par le nez et l'extrémité inférieure se rend à l'estomac.

Au cours de l'intervention, on est frappé de la facilité avec laquelle on explore le cardia et toute la région voisine. On aurait pu extirper le rétrécissement, mais la perte de substance eût été trop considérable. On rapproche le plus possible les deux extrémités. Pour ce qui ne peut être rapproché, on fait une suture à la Lembert et au catgut avec les surfaces cruentées périœsophagiennes pour enfouir la sonde de caoutchouc. La plèvre médiastinale est suturée par-dessus, en laissant juste un petit orifice pour y placer une mèche. Drainage des sinus costodiaphragmatiques antérieur et postérieur et passage de la mèche. La 10e côte est réséquée, la 9e rabattue et suturée sur place. Pansement ordinaire, compresses, ouates stérilisées, etc.

Toute la journée, la dyspnée est assez marquée; de même la nuit suivante. On fait au malade 2 litres de sérum. Le lendemain matin, le tube œsophagien trop volumineux (10 millimètres) gêne le malade; on est obligé de le retirer. Le malade respire avec peine; néanmoins il se trouve soulagé. Son pansement inondé est changé. Le troisième jour même état de dépression progressive.

Le 15 novembre, décès à 10 h. 25 du matin.

Autopsie, le 16 *novembre* 1902. — Examen de la plaie opératoire; les fils sont enlevés et le volet costal rabattu et réséqué. On constate un sphacèle superficiel étendu entre l'orifice de drainage et le sinus costo-diaphragmatique postérieur jusqu'à la plaie œsophagienne en passant sur la convexité de la plèvre diaphragmatique.

Le poumon bien revenu sur lui-même fait saillie dans l'aire de la plaie, et la plèvre viscérale est adhérente dans presque toute son étendue à la plèvre diaphragmatique et médiastinale. Les adhérences sont décollées prudemment et l'on peut voir que le poumon est devenu adhérent autour de la plaie œsophagienne, ayant rejoint par son bord postéro-interne le bord de l'aorte.

Le cadavre est alors retourné, et l'autopsie se continue par la face antérieure. Extirpation du plastron sterno-costal et ouverture de la plèvre

droite ; écoulement d'un liquide fortement coloré en jaune et évalué à environ 1/2 litre. On constate alors une pleurésie séro-fibrineuse récente du côté droit du thorax, ayant provoqué de ce côté également les adhérences du poumon ; on trouve également *du côté gauche* en un point correspondant à la région axillaire, dans sa portion supérieure et antérieure, une mèche devenue adhérente, mais ayant protégé en ce point la plèvre de telle façon que cette région reste la plus saine du côté gauche. On aborde l'œsophage par son extrémité supérieure, par la région pharyngienne ; il est lié et sectionné et attiré en avant et en bas. On libère ainsi tous les organes thoraco-médiastinaux en bloc au ras de la colonne vertébrale. Le diaphragme est libéré de ses insertions costales. L'intestin lié et sectionné on libère la pièce de ses attaches, et on peut alors examiner l'œsophage dans ses rapports pathologiques et normaux. On peut voir nettement que la surface de suture œsophagienne est recouverte par l'adhérence du bord postéro-interne du poumon gauche à l'aorte. On pratique alors doucement le décollement de cette adhérence; un peu de liquide sanieux s'écoule à ce moment, et se serait écoulé par conséquent du côté de la cavité œsophagienne; l'on peut voir à découvert la suture œsophagienne qui semble être restée fermée. Les poumons sont congestionnés, atelectasiques et très œdématiés, la partie antérieure de la plèvre est également adhérente au péricarde et il existe en ce point sur la plèvre quelques points isolés de sphacèle.

A l'ouverture du péricarde, celui-ci paraît sain, quoique un peu épaissi. Foie et rein d'apparence normale.

L'œsophage, dans sa traversée thoracique, peut être atteint par voie postérieure *médiastine* ou *transpleurale*, — par voie antérieure ou *sternale*, et, enfin, par voie inférieure ou *abdominale*. — Je laisse de côté l'attaque par la voie antérieure, incision du sternum, dont je n'ai aucune pratique; je puis seulement vous dire que, dans mes expériences de chirurgie sur les animaux, j'ai suivi maintes fois et j'ai montré à mes élèves cette voie d'accès vers les organes des médiastins; l'incision qui donne un jour vraiment énorme et invraisemblable est la section transversale du sternum avec ligatures des mammaires internes et écartement des côtes sus et sous-jacentes. Chez l'homme, l'œsophage est situé bien loin de la paroi postérieure du thorax, comme le montrent les sections transversales du thorax passant par le mamelon ; il est à environ 10 centimètres de l'angle costal et à 13 cent. 1/2 du sternum. Ce sont les moyennes de chiffres que nous avons relevées, mon élève M. Dujarier et moi, sur des cadavres adultes de volume moyen.

La voie *abdominale* a été proposée, pour l'attaque des lésions avoisinant le cardia, par Kelling, de Dresde (1). Tout ce que j'ai

(1) Situation pendante du bassin avec le tronc horizontal pour les opéra-

vu dans mes opérations sur l'estomac me porte à croire que s'il est encore possible d'aborder le cardia par cette voie, il ne peut être question d'attaquer le conduit œsophagien. J'ai assisté plusieurs fois aux belles expériences de Froin qui excluait l'estomac des animaux par une suture œsophagienne au-dessus du cardia. L'opération faite par voie abdominale était extrêmement laborieuse, pénible, longue et dangereuse. C'est la perforation du diaphragme qui joue ici le rôle capital. J'avais été frappé dans mes opérations sur l'estomac de l'impossibilité d'abaisser le cardia ; au contraire, dans le cours de cette œsophagotomie par voie transpleurale, j'avais pu me convaincre de la facilité avec laquelle on attire de bas en haut l'œsophage et le cardia. J'ai, avec MM. Dujarier et Chifoliau, cherché la cause de cette différence. Quand on cherche à abaisser le cardia par l'abdomen, on est d'abord arrêté solidement par la faux de la coronaire ; cette faux coupée, on gagne à peine 1 ou 2 centimètres, et on est arrêté par le repli péritonéal phrénogastrique ; ce repli détaché, le cardia tient encore au diaphragme, en avant, par des tractus fibreux qui doivent faire partie du muscle phrénoœsophagien. Au contraire, le doigt pénètre assez facilement en arrière de l'œsophage. Je ne crois donc guère à l'efficacité de cette voie ; l'ablation de la région cardio-œsophagienne par l'abdomen constituerait un dangereux tour de force opératoire et pas autre chose.

Les deux seules voies pratiques sont la voie *médiastine* qui est connue de nous tous, et la voie *transpleurale*. L'abord de l'œsophage thoracique par voie médiastinale postérieure, qu'elle soit droite ou gauche, peu m'importe, a ses avantages, et, par conséquent, ses indications. Nasilow a montré ses avantages, dont le principal est l'intégrité laissée à la plèvre. C'est là une vue un peu théorique, puisque, sur six opérations faites par des chirurgiens de premier ordre, la plèvre a été perforée quatre fois. Tous ses successeurs ont développé le même thème. Son grand défaut, c'est de donner un champ opératoire trop étroit, on est gêné par le peu d'écartement des lèvres de la plaie, on opère au fond d'un trou à bout de doigt ou de sonde cannelée, et cela dans une région dangereuse où il est indispensable de bien voir et de bien reconnaître chaque organe. Or, l'œsophage lui-même est tout particulièrement mou, dépressible, et si, après l'avoir plusieurs fois examiné, j'arrive maintenant facilement à reconnaître sa couleur et sa consistance, j'engage fort ceux qui voudraient exécuter une de ces opérations à se familiariser avec son aspect. Cette difficulté me fait regarder la voie médiastinale comme praticable pour extraire

tions dans la proximité du diaphragme. *Centralbl. für Chir.*, 19 octobre 1901, p. 1025.

à bout de doigt un corps étranger toujours facilement accessible, grâce à sa consistance, et qui, lui, nous permettra de reconnaître l'œsophage. Mais, pour les résections de ce conduit, je rejette cette voie comme insuffisante et dangereuse.

Le grand mérite de Faure a été de bien voir la cause de cette insuffisance, et sa résection de la première côte, c'est-à-dire la levée de tout obstacle à l'écartement des lèvres de la plaie, est un gros progrès qui doit porter le nom d'opération de Faure, et ce perfectionnement va nous permettre de garder la voie médiastinale pour certaines opérations. Je suis seulement un peu effrayé de ce brusque abaissement de tout le moignon de l'épaule après cette section de la première côte. Ce membre supérieur qui reste suspendu à tout le plexus brachial et aux vaisseaux sous-claviers m'inspire de vives craintes théoriques, je le reconnais, sur le fonctionnement de ces organes, et surtout le choc traumatique ainsi produit me paraît considérable dans une opération où déjà les délabrements sont si étendus. Je n'en félicite pas moins notre collègue d'avoir reconnu et levé la vraie difficulté dans la pratique de cette opération. Mais cette section de la première côte n'est praticable que pour les opérations qui portent sur le *tiers supérieur* de l'œsophage thoracique ; or, si vous vous reportez aux coupes sériées des différents atlas, vous verrez que c'est la région de beaucoup la plus facilement accessible et la moins profonde de cet organe, et ceci m'amène à vous dire que dans les voies d'abord de ce conduit, il faut distinguer deux régions, — le *tiers supérieur, d'une part*, et les *deux tiers inférieurs* de l'autre. — Je laisse de côté ce qui a trait à la région supérieure, et je pense que l'opération de Faure est ici praticable. Il en est autrement pour les deux tiers inférieurs; ici nous ne pouvons recourir qu'à la voie médiastinale simple, et elle est insuffisante.

La voie *transpleurale*, que je croyais être le premier à suivre, a déjà été employée chez les animaux.

L'*ouverture de la plèvre* est toujours une complication à éviter. En chirurgie pulmonaire elle présente le grave inconvénient de faire fuir le poumon qui emporte dans sa rétraction la lésion que vous vouliez atteindre. Ici elle n'a d'autre danger que le pneumothorax. J'accorde que produit lentement et aseptiquement il ne fasse pas courir de gros dangers immédiats ; je crois également que si vous prenez les précautions que j'ai indiquées, de fixer le poumon à la plaie costale, vous avez une circulation pulmonaire qui continue à se produire, bien que restreinte, et une pénétration d'air dans une partie du poumon. Mais le danger est ailleurs : c'est l'*infection pleurale* pendant les manœuvres sur le tube œsophagien toujours septique. Il faut avoir ce danger bien présent

à l'esprit et garantir la séreuse pleurale contre toute chancre d'inoculation avec un soin plus jaloux encore que s'il s'agissait du péritoine.

Cette voie a donc comme gros inconvénient l'ouverture de la plèvre, cette ouverture est délibérée, je vous ai dit que ceux qui suivent la voie médiastine l'ouvrent sans le vouloir, mais son grand avantage est de permettre d'aborder facilement et largement le conduit œsophagien, de l'explorer, de l'inciser, de le reséquer ou de le suturer à son aise. Ce sont là des conditions opératoires indispensables si vous voulez réellement agir d'une façon efficace contre un néoplasme de cet organe. Malgré ces dangers, je trouve de tels avantages à opérer à ciel ouvert que je crois cette voie digne d'entrer dans la pratique. Voici le manuel opératoire auquel nous nous sommes arrêtés M. Dujarier et moi.

Position du sujet. — Couché sur le côté droit ; un volumineux billot faisant saillir le côté gauche ; le bras gauche relevé pour que la pointe de l'omoplate découvre largement la 7e côte.

Incision du volet à base externe.

1re incision oblique comme la 7e côte d'une longueur de 12 à 15 centimètres, et se terminant à 4 centimètres de la ligne épineuse.

2e Incision paramédiane se continuant avec l'extrémité interne de la première et longeant la ligne épineuse, 4 centimètres en dehors d'elle. Cette incision descendra plus ou moins bas suivant qu'on devra comprendre dans le volet les côtes 7, 8, 9 ou 7, 8, 9 et 10.

3e incision parallèle à la 9e ou à la 10e côte, et longue comme la première de 12 à 15 centimètres.

Ces incisions doivent être profondes et comprendre les tissus (muscle grand dorsal), jusqu'au plan osseux.

Résections costales. Sectionner le plus en arrière possible les 8e, 9e, si cela est nécessaire les 7e et 10e côtes. Sectionner tous les tissus des espaces intercostaux en prenant les vaisseaux qui saignent. Inciser le feuilletpariétal de la plèvre suivant l'incision paramédiane en s'arrangeant pour que le pneumothorax se produise peu à peu. Puis un doigt introduit dans la plèvre, soulever le volet et inciser à plein tranchant les deux espaces intercostaux sus et sous-jacents aux côtes réséquées. Soulever le volet et sectionner les côtes au niveau de la charnière externe (au besoin sectionner au costotome la 1er et la dernière côte du volet pour rendre la fracture moins brutale).

Abord de l'œsophage. Le volet cutaneo-costo-pleural relevé, le poumon se rétracte vers son hile; on voit comme dans une préparation du médiastin. En avant la saillie du péricarde, en

arrière la saillie du rachis, et entre les deux la saillie très nette de l'œsophage jusqu'à sa pénétration dans le diaphragme. Incision de la plèvre médiastine jusqu'à ce qu'on voie nettement les fibres charnues œsophagiennes; il existe là une sorte de plan de clivage qui permet de circonscrire facilement le conduit.

Si au point de vue opératoire l'attaque de l'œsophage est intéressante, les résultats thérapeutiques à attendre de l'œsophagectomie pour cancer sont au moins problématiques. Plus notre pratique s'étend, plus nous nous sentons désarmés dans cette lutte contre la carcinose, notre ténacité et notre audace croissante n'ont d'égales que la constance de notre défaite, nous retardons l'échéance fatale dans des limites scientifiquement bien restreintes, et je crois que c'est en dehors de l'acte opératoire qu'il faudra chercher l'arme destinée à vaincre cette redoutable affection. En attendant nous sommes obligés de la combattre même à armes inégales; c'est la seule justification des perfectionnements de notre technique opératoire.

M. Demoulin. — J'ai dit, dans mon rapport, que l'extirpation de l'œsophage thoracique, atteint de cancer, me paraissait avoir un médiocre avenir, mais j'ai dit aussi que les opérations de M. Faure, bien que suivies d'insuccès, me semblaient légitimes. Je le maintiens.

La gastrostomie, dans le cancer de l'œsophage, est un pis aller, comme l'anus iliaque dans le cancer du rectum.

Un certain nombre de chirurgiens et non des moindres, après avoir établi l'anus iliaque, extirpent le rectum. Pourquoi? Pour ne pas laisser dans l'organisme un néoplasme malin qui croîtra et infectera progressivement le malade, si tant est que le cancer soit primitivement une affection locale. C'est dans cette hypothèse qu'il faut se placer, car si les néoplasmes malins étaient toujours, même quand ils paraissent encore bien limités, une manifestation d'une infection générale, il faudrait abandonner tout traitement chirurgical du cancer.

M. Faure a pensé qu'après avoir constaté, par la voie médiastinale droite postérieure, qu'un cancer de l'œsophage thoracique est assez peu étendu, assez libre d'adhérences, pour pouvoir être extirpé, il peut y avoir avantage à l'enlever. C'est logique. Reste à savoir si la gravité opératoire que comportent les interventions sur l'œsophage, faites par le médiastin postérieur, nous permettra de maintenir qu'il y a avantage à extirper une portion d'œsophage thoracique cancéreux, non adhérent aux organes voisins.

Il est possible d'ailleurs que l'amélioration ultérieure de la

technique, proposée par notre collègue, puisse rendre moins grave l'opération qu'il a préconisée.

Si l'on arrivait à désinfecter d'une façon convenable la surface de section du bout inférieur de l'œsophage, à ne pas ouvrir la plèvre, peut-être, malgré la large bouche absorbante que forme le tissu cellulaire du médiastin, éviterait-on les insuccès.

Ce que j'ai voulu, surtout, mettre en lumière dans mon rapport, c'est que la voie médiastinale droite, avec résection de la première côte, telle que l'a minutieusement décrite notre collègue Faure, donne un jour considérable dans le médiastin postérieur et permet d'aborder l'œsophage, très bas dans le thorax.

Si sa méthode doit être abandonnée pour la cure opératoire du cancer de l'œsophage thoracique elle me semble pouvoir rendre de grands services pour aborder la trachée, les bronches, qui, comme l'œsophage, sont parfois le siège de corps étrangers qu'on ne peut pas toujours extraire par les voies naturelles.

M. Monod nous a dit que la résection de la première côte devait troubler considérablement la mécanique respiratoire.

Je répondrai que, dès sa seconde intervention, M. Faure n'a fait qu'une simple section de la première côte, section qui suffit pour avoir un jour médiastinal aussi large que par la résection, et, puisqu'il en est ainsi, il me semble qu'une bonne suture au fil d'argent, rapprochant les extrémités de l'os sectionné, pourrait permettre, dans une certaine mesure, à la première côte, de remplir ses fonctions, s'il était démontré que la section de cet os soit véritablement dangereuse, quand elle est accompagnée, comme dans l'opération de Faure, de la résection d'une partie des quatre ou cinq côtes sous-jacentes.

Quant à l'interprétation qu'a donnée M. Quénu de la mort des malades, à savoir qu'ils ont succombé à une toxhémie suraiguë, je n'y contredis pas. La septicémie péritonéale mise à part, dans les cas très rares, où j'ai vu des opérés succomber en vingt-quatre ou trente-six heures, la fréquence et la petitesse du pouls coïncidaient avec une température très élevée. — Ici elle est restée basse sans hémorragie et je n'ai pas eu, jusqu'à présent, l'occasion d'observer des faits analogues à ceux que rapporte M. Quénu, je ne les ai pas vu signalés dans les lectures que jai faites.

M. Quénu. — Je n'ai pas eu à expliquer la mort des malades de M. Faure; j'ai simplement fait observer qu'on n'était pas autorisé à rejeter, d'une façon absolue, l'hypothèse d'une toxhémie. M. Demoulin ne connaît pas d'observation de toxhémie évoluant aussi rapidement? Mais, c'est que nous n'avons pas non plus

d'exemple de moignons extrêmement septiques placés au milieu d'une surface aussi étendue et de propriétés aussi absorbantes.

Quand j'ai opéré mes premiers malades de cancers du rectum, je faisais de vastes délabrements sans avoir adopté ma technique actuelle; or, j'ai vu quelques opérés succomber en vingt-quatre heures, avec le teint plombé, une sorte d'anesthésie, de la dyspnée, un affolement du pouls et une absence de fièvre complète. Il est possible que le mécanisme de la mort, favorisé par des troubles mécaniques, ait été celui que j'indique.

M. J. L. Faure. — Je dois avant tout m'excuser de prendre la parole le jour même où je suis, pour la première fois, appelé à l'honneur de siéger parmi vous.

Je n'ajouterai rien à ce que vient de dire mon ami Demoulin qui a répondu aux diverses observations qui ont été faites au sujet de mon opération, mieux que je ne l'aurais fait moi-même.

Mais il m'est impossible de ne pas répondre aux critiques qui m'ont été faites dans la dernière séance.

Il est possible que M. Quénu soit dans la vérité lorsqu'il pense que mes malades ont succombé à la septicémie. Ce serait mon vœu le plus ardent, car si c'est l'infection qui les a tués, il nous est permis d'espérer qu'une meilleure technique nous donnera des succès. Et je suis convaincu que si quelqu'un est capable d'obtenir un tel résultat, ce sera, mieux que tout autre, M. Quénu lui-même.

Je pense cependant, jusqu'à preuve du contraire, que l'infection n'a joué qu'un rôle très secondaire dans l'évolution des accidents. La section de l'œsophage a été faite au thermocautère, la muqueuse a été énergiquement cautérisée, et il me paraît difficile qu'il y ait eu, de ce côté, une inoculation assez massive pour provoquer des accidents aussi rapides. Je pense toujours que la pénétration incessante de l'air dans le médiastin, par le gros drain que j'avais cru devoir laisser à demeure, a provoqué une sorte de pneumothorax extra-pleural, et que les malades ont succombé à une asphyxie lente.

La présence d'un drain, qui maintient pour ainsi dire le thorax ouvert, et que je supprimerai à la première occasion, me paraît avoir sous ce rapport beaucoup plus d'importance que la section de la première côte. Je ne crois pas, à l'inverse de M. Monod, que cette manœuvre capitale puisse avoir une influence bien marquée sur la mécanique respiratoire, surtout chez l'homme dont la respiration se fait presque entièrement par les côtes inférieures et le diaphragme et dont la partie supérieure de la poitrine ne prend pour ainsi dire aucune part à l'expansion thoracique.

Mais il est un reproche auquel je tiens surtout à répondre,

d'autant plus qu'il vient d'un homme pour le caractère duquel j'ai le respect le plus profond.

Les critiques de M. Monod contiennent à mon adresse un blâme discret, mais non déguisé, et, lorsqu'il dit qu'il n'aurait pas entrepris cette opération, il laisse clairement entendre que je n'aurais pas dû l'entreprendre. Je le remercie de sa franchise, et je lui répondrai avec une franchise égale.

L'opération, dit-il, est trop grave pour le bénéfice qu'on en peut retirer; et dans les cas de cancer intra-thoracique de l'œsophage, la gastrostomie doit suffire. Je ne le pense pas, et j'ai la conviction profonde que lorsque nous pouvons espérer guérir un cancéreux, nous n'avons pas le droit de nous borner à le soulager. Or le cancer de l'œsophage est un cancer longtemps limité. J'ai montré qu'il était facilement accessible. Il n'y a donc aucune raison pour qu'il soit incurable. Sans doute, l'opération est grave, très grave même, je le veux bien. Mais il n'y a pas, contre le cancer, d'opération trop grave, et l'avenir seul pourra nous dire si celle-ci doit toujours rester inefficace.

Je ne veux pas prolonger cette discussion. Toutes les fois qu'il s'agit d'entreprendre contre le cancer quelque opération redoutable, nous nous trouvons en présence du même problème et des mêmes hésitations. Nous n'avons pour nous décider d'autre guide que notre conscience. La conscience de M. Monod lui dit que nous n'avons pas le droit de tenter une opération très grave pour un bénéfice incertain. Il obéit à cette voix impérieuse, et je l'en félicite. Quant à moi, ma conscience me dit qu'en face d'un cancer nous n'avons pas le droit d'abandonner la lutte tant qu'il nous reste quelque espoir. J'obéis, moi aussi, à la voix de ma conscience, et nul n'a le droit de m'en blâmer.

M. Monod. — Je veux seulement relever le dernier mot des remarques de M. Faure. Je n'ai jamais songé à *blâmer* notre excellent collègue. Je suis absolument certain qu'il a agi suivant sa conscience. Son point de vue pour les tentatives de cure du cancer diffère du mien, mais je suis convaincu qu'il ne se décide jamais qu'à bon escient.

Je tiens en outre à le remercier de la forme sous laquelle il a bien voulu répondre à mes observations.

Sur la pluralité des néoplasmes.

M. Quénu. — Je ne suivrai par M. Richelot dans sa tentative de greffer sur une question de simple chirurgie locale la discussion du plus vaste et, je dois le dire, du plus obscur problème de la pathologie; malgré tant de travaux et de recherches parus depuis quinze ans sur les néoplasmes, aucune lueur ne fait encore présumer d'où viendra le jour, et ce ne sont pas, j'en ai peur, les brillantes et déjà anciennes dissertations sur les diathèses qui nous tireront des ténèbres.

Le moment de faire la synthèse n'est pas venu pour la simple raison que l'analyse ne nous a fourni que peu de données précises. Je présume que M. Richelot a été entraîné dans cette digression par le titre inopportun de « néoplasmes associés » mis en tête de la communication de M. Guinard, ce qui réveillait de suite l'idée de la pluralité des néoplasmes, de la diathèse néoplasique, etc.

En réalité, il faut remettre au point la présentation de M. Monod qui ne portait que sur la coexistence des kystes de l'ovaire et des fibromes de l'utérus et sur la conduite chirurgicale à tenir en pareils cas. Lorsqu'au cours d'une ovariotomie pour kyste ovarique on découvre un fibrome utérin ou un utérus fibromateux, il est indiqué de débarrasser la malade et de son kyste et de son fibrome; voilà la conclusion à laquelle nous arrivons, je pense, pour la plupart. J'avais adopté cette conclusion dans un mémoire publié en collaboration avec Longuet dans la *Revue de chirurgie* de juillet 1900 et intitulé : « De l'hystérectomie abdominale dans le traitement des kystes et tumeurs solides de l'ovaire (1). » Nous avons même étendu ces indications telles que les présentait M. Ch. Monod dans la séance du 23 mai 1900 et conclu que l'ablation de l'utérus combinée à l'ovariectomie n'augmente pas sensiblement la gravité opératoire.

Le second point en discussion est celui-ci : l'association des fibromes utérins et des kystes de l'ovaire est-elle plus fréquente que celle de néoplasmes d'autres régions et peut-on tirer une idée pathogénique de cette association?

M. Guinard nous en fournit dix exemples, ce qui est beaucoup. Schrœder (2) admet que la coïncidence n'est pas rare, mais, d'autre part, elle a échappé à des gynécologues de la valeur de Kelly (3)

(1) Je rappelais dans ce mémoire que j'avais publié en 1885 à la Société de chirurgie une des premières observations de castration abdominale totale pour tumeur annexielle.

(2) Schrœder. *Maladies des organes génitaux de la femme*, 1890.

(3) Kelly, p. 379.

qui écrit : « les tumeurs de l'ovaire ou kystes compliquant les myomes sont rares ». J'ai fait le relevé de mes opérations hospitalières pour kystes ovariques ou tumeurs de l'ovaire pendant les années 1900, 1901, 1902 et 1903 : je relève 44 opérations pour néoplasmes ovariques ou paraovariques et 4 coïncidences seulement d'utérus fibromateux. Il est bon d'ajouter que je ne compte pas les kystes ovariques hématiques ou d'origine inflammatoire, je ne comprends que ceux dont la nature néoplasique est manifeste ou contrôlée par le microscope. En somme, l'association ne serait pas rare, mais non plus très fréquente, d'après mes observations personnelles. Mais admettons cette fréquence ; son interprétation n'est pas aussi aisée qu'elle peut le paraître. Sur 9 opérées de M. Guinard dont l'âge est mentionné, 2 seulement avaient au-dessous de quarante ans. Or, nous savons tous que la présence de myomes petits ou gros dans le parenchyme utérin est communément observée chez les femmes arrivant aux approches de la ménopause. Klob, cité par Schrœder, estime à 40 p. 100 la fréquence des corps fibreux chez des femmes ayant dépassé l'âge de cinquante ans.

Je ne sais si cette proportion est exacte, il faudrait en tout cas l'établir scientifiquement et ne pas conclure trop vite que les femmes à kystes de l'ovaire ont plus souvent que d'autres des myomes, ou, inversement que les femmes atteintes de myomes ont plus souvent que d'autres des kystes de l'ovaire.

Au point de vue de la pathologie générale, la coexistence des kystes et fibromes me paraît donc d'une médiocre importance, d'une importance moindre en tout cas que celle de l'association de kystes ovariques avec des tumeurs épithéliales d'autres organes tels que le sein, l'estomac ou le gros intestin, dont le type est différent.

En résumé, l'intérêt de cette question est purement chirurgical, et la solution m'en paraît, depuis plnsieurs années, nettement établie. Par contre, je souscris volontiers à cette autre conclusion de M. Guinard, c'est que, chez une femme dont on a ouvert le ventre pour un néoplasme de l'ovaire, il faut systématiquement explorer tous les organes dont un trouble fonctionnel persistant, cliniquement observé, a permis de considérer l'altération comme possible.

Présentations de malades.

Tuberculose de la fesse, consécutive à une injection de tuberculine.

M. Tuffier. — B. (Paul), entré le 4 avril 1903, salle A. Paré, n° 1. Père bien portant, mère morte il y a vingt ans, quatre enfants bien portants, un enfant mort. Lui-même a eu la rougeole et la coqueluche, à l'âge de dix-sept ans.

Le malade entre dans un service de médecine où il est soigné pour une pleurésie gauche ; on lui fait une ponction qui donne 3/4 de litre de liquide jaune citrin. Il reste près de trois mois à l'hôpital; trois semaines avant sa sortie du service, on fait au malade une injection de tuberculine dans la région fessière gauche, en arrière du grand trochanter.

La température augmente légèrement, mais aucun autre accident ne survient. Quatre jours avant sa sortie de la salle Louis, c'est-à-dire quinze jours après la première injection, on lui fait une deuxième injection de tuberculine, au niveau du grand trochanter gauche. Cette injection est très douloureuse; aussitôt après, du gonflement et de la rougeur apparaissent au niveau de l'orifice de la piqûre; le malade compare cette grosseur à un furoncle. On lui fait des pansements humides : la grosseur disparaît, mais il reste une induration indolore du volume d'une noisette. — Le malade sort du service et reprend son travail de serrurier au mois de mars 1897. En octobre de la même année, le malade, qui jusqu'alors n'avait fait que traîner la jambe gauche, ressent de vives douleurs à la pression et ne peut plus marcher; cependant il n'y a pas de nouvelle inflammation, ni de grosseur.

Au mois de juin 1898, le malade s'aperçoit que la région trochantérienne gauche est légèrement tuméfiée ; la douleur est à peine sensible; il va à la consultation de Boucicaut où on lui fait un pansement humide ; le lendemain, il revient et on l'admet dans le service de M. Marchand. On l'opère le 21 juin 1898 ; puis pansements iodoformés, puis salolés; il quitte l'hôpital ou mois d'octobre de la même année. Le malade va très bien, il n'a plus de grosseur, ni de douleur même à la pression ; il marche très facilement et fait même de la bicyclette.

Au mois d'avril 1902, au niveau d'une cicatrice d'incision, la douleur revient ainsi que le gonflement; un abcès se forme et il s'ouvre spontanément dans les premiers jours de mai. La suppuration est abondante pendant un mois; on fait des pansements et des injections de teinture d'iode à Saint-Louis. L'abcès

se ferme, mais il reste une fistule exactement à la place où la deuxième injection de tuberculine avait été faite. Le malade reprend pourtant son travail et se panse lui-même avec de la teinture d'iode.

Depuis le mois de janvier 1903, le malade sent sa jambe gauche faible; il se fatigue très vite. La fistule suppure constamment, mais très peu; il se fait soigner à la consultation de Beaujon jusqu'à son entrée dans notre service. Actuellement, on trouve deux fistules au niveau du grand trochanter, mais elles suppurent très peu. L'examen histologique est positif au point de vue de la tuberculose. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont bien conservés et faciles, l'ischion est intact. L'auscultation des poumons ne donne absolument aucun signe de tuberculose.

M. PEYROT. — Ces faits doivent être rares, car à l'étranger on emploie couramment ces injections et je ne connais pas de faits semblables.

M. MAUCLAIRE. — *Hémiatrophie faciale inférieure gauche congénitale. Injections de paraffine pour rétablir la symétrie faciale.* — M. PICQUÉ, rapporteur.

Blessure de la vessie au cours d'une cure radicale de hernie inguinale; fistule urinaire consécutive; calcul vésical développé autour d'un fil désoré; taille hypogastrique et ablation du calcul; guérison de la fistule.

M. MONOD. — Je vous ai présenté, il y a quelques semaines, un malade atteint de fistule urinaire vésicale siégeant dans le pli de l'aine. Cette fistule était survenue à la suite d'une cure radicale de hernie faite dans un hôpital de province, opération en cours de laquelle la vessie avait été intéressée. En effet, ayant constaté chez cet homme l'existence d'un calcul vésical, j'enlevai celui-ci par taille hypogastrique et trouvai au centre de la pierre un petit fil de soie. Je ne m'étais pas occupé de la fistule, quitte à la fermer plus tard par une seconde intervention, s'il y avait lieu. Or, dès le lendemain de l'opération (15 fév.), la vessie étant drainée par le double tube Guyon-Périer; il ne passait plus une goutte de liquide par la fistule et par une sonde urétrale à demeure, et il n'en est plus jamais passé. Je vous présente aujourd'hui le malade guéri et de son orifice pathologique inguinal et de la plaie de la taille hypogastrique pratiquée.

Présentations d'instruments.

M. VACHER présente plusieurs *Écarteurs* d'un modèle nouveau. — M. PICQUÉ, rapporteur.

Présentations de pièces.

Utérus double.

M. OMBREDANNE. — J'ai l'honneur de présenter à la Société une pièce d'utérus double (utérus double bicorne de la classification de Le Fort).

Cette pièce provient d'une malade qu'a bien voulu me confier M. le Dr Nélaton. Elle présentait un vagin double, une salpingite double, et des signes de métrite fongueuse bilatérale.

Elle a été déflorée deux fois et inoculée deux fois.

Je l'ai opérée le 25 avril dernier par la voie haute. Du côté gauche, la trompe et l'ovaire sont fusionnés sur une masse unique. A droite, l'ovaire contenait plusieurs cavités kystiques rompues au cours de l'opération. Les corps utérins divergeaient tellement que j'ai cru devoir dégager le péritoine qui les recouvrait sur une grande étendue, afin d'être sûr de ne point intéresser les uretères. Les utérus, accolés seulement sur 3 centimètres au niveau du col, présentent les lésions caractéristiques de la métrite fongueuse.

La malade va très bien et peut être aujourd'hui considérée comme guérie.

Tumeur solide du ligament large. Fibromyome paraovarien.

M. POTHERAT. — La tumeur que je vous présente, et dont la forme, le volume, l'aspect extérieur rappellent, à s'y méprendre, un gros rein blanc, provient d'une malade de trente-six ans, opérée il y a deux jours.

Cette tumeur ne s'était révélée à cette femme qu'au mois de septembre dernier, à la suite d'accidents que je signalerai plus loin et qui s'étaient traduits par des phénomènes de péritonisme avec douleurs abdomino-pelviennes. A ce moment la tumeur était sensiblement aussi volumineuse qu'au moment où la malade vint me trouver il y a quelques jours.

Le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire du côté gauche était facile, et c'est celui auquel je m'arrêtai. La tumeur, extirpée par laparotomie, me parut d'abord être une confirmation complète de ce diagnostic. Elle était portée sur un pédicule, d'ailleurs tordu deux fois et demi sur lui-même. Cette torsion entraînait ensemble la trompe et la tumeur dans un pédicule spiroïde commune. Selon toutes probabilités, elle s'était produite au mois de septembre et avait déterminé les accidents péritonéaux signalés plus haut.

Il semblait donc bien que nous nous trouvions en présence d'une tumeur solide de l'ovaire.

Or, après avoir sectionné la tumeur en deux hémisphères de sa surface à son pédicule, et avoir constaté qu'il s'agissait d'un fibromyome avec des lésions d'œdème et de congestion, dues à la torsion du pédicule, laquelle avait provoqué aussi des adhérences peu solides, périphériques, consécutives, après, dis-je, avoir sectionné la tumeur, je trouvai, au niveau de l'isthme de cette tumeur réniforme, l'ovaire lui-même, volumineux, scléro-kystique, mais indépendant de la tumeur elle-même. Il s'agit donc, non pas d'un fibromyome de l'ovaire, mais d'un fibromyome du ligament large, très éloigné de l'utérus, juxta-ovarien. C'est là l'intérêt de cette présentation.

J'ajoute qu'il existait un autre fibromyome du volume d'une noix, sessile, sur la face antérieure du même ligament large gauche, plus près de l'utérus qui lui-même était indemne, ainsi que les annexes du côté droit. J'enlevai cette petite tumeur, aisément, par énucléation.

Diverticule de Meckel inclus dans un sac de hernie inguinale droite.

M. A. Mignon. — Je vous présente un diverticule de Meckel que j'ai trouvé la semaine dernière dans un sac de hernie inguinale droite, chez un homme de vingt-deux ans.

La hernie n'avait jamais donné lieu à aucun trouble intestinal ayant attiré l'áttention du malade. On sentait dans le sac un cordon dur que j'avais cru être de l'épiploon adhérent.

C'est la direction verticale des fibres musculaires de la paroi du diverticule qui m'a fait faire le diagnostic du contenu de la hernie, au moment de l'ouverture du sac.

Le diverticule était aplati et adhérent au fond et à la partie externe du sac. Il avait une longueur de 7 centimètres et un calibre égal à celui de l'iléon. Son extrémité inférieure renflée et

un peu indurée était recouverte de grosses veines turgescentes. En tirant sur sa partie supérieure, j'ai facilement amené au dehors son implantation sur le bord convexe de l'intestin grêle.

Vous voyez qu'il est entouré d'une gaine séreuse très lâche et très riche en vaisseaux ; mais il ne possède pas de méso. Sa paroi musculaire est épaisse, à fibres nettement longitudinales. Sa muqueuse présente des replis transversaux très réguliers et, après avoir fendu le diverticule, on constate qu'il se termine en dedans en doigt de gant, avec une érosion de la muqueuse à son extrémité.

J'ai traité ce diverticule comme s'il s'était agi d'un appendice cæcal. Je l'ai étranglé à sa base avec un fil circulaire en bourse de façon à assurer la coprostase. Je l'ai réséqué à 10 ou 12 millimètres au-dessous du fil ; j'ai excisé la muqueuse et éversé en dedans les lèvres du moignon que j'ai fermées par des points de Lembert.

La guérison du malade se fait sans incident.

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 13 MAI 1903

Présidence de M. KIRMISSON.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. PICQUÉ qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. WALTHER dépose sur le bureau une observation du Dr Croisier (de Blois), intitulée : *Appendicite tuberculeuse*. L'observation de M. Croisier est renvoyée à une Commission, dont M. Walther est nommé rapporteur.

M. WALTHER dépose, au nom de M. le Dr Djemil Pacha, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Constantinople, une série de brochures portant pour titres :

1° *Suture des plaies artérielles;*

2° *Amputation interscapulo-thoracique pour les tumeurs malignes de l'épaule;*

3° *Pneumotomie pour un kyste hydatique du poumon;*

4° *Quelques cas de sténose pylorique;*

5° *Pyloroplastie pour un cas de rétrécissement du pylore;*

6° *Trépanation pour épilepsie jacksonnienne.*

M. Ch. Monod. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie, au nom de mon ancien élève et ami le Dr Raffray, de l'Ile Maurice, un livre intitulé : *Les Déséquilibrés du système nerveux*, qui pourrait prendre pour sous-titre : de l'art de vivre longtemps, grâce à une bonne hygiène savamment déduite. Je recommande particulièrement aux chirurgiens la lecture très suggestive des pages consacrées aux *déséquilibrés de la vessie*, aux *déséquilibrés du ventre*, aux *troubles fonctionnels des organes génitaux de la femme*, où ils trouveront des idées neuves présentées d'une façon originale, de nature à les intéresser toujours, et, je crois, à les instruire souvent.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Bazy adresse la lettre suivante :

Monsieur le Président,

Le concours des hôpitaux en médecine m'empêchant d'assister aux séances de la Société de chirurgie, je n'ai pu y prendre la parole, dans la discussion sur le traitement des rétrécissements de l'œsophage.

Aussi bien n'ai-je qu'un mot à dire, non sur l'utilité de ces graves opérations, mais sur les procédés qui permettent d'aborder l'œsophage.

Sans en être étonné, je suis heureux de constater et de souligner que l'ouverture chirurgicale de la plèvre est de moins en moins redoutée, et que l'on ne craint pas d'ouvrir cette plèvre dans une région où elle serait le plus facile à décoller et où il serait le plus désirable de le faire.

Le décollement de la plèvre n'a jamais servi à explorer le poumon, et, maintenant, on ne s'en sert plus dans les cas où il serait cependant utile pour éviter l'infection de la cavité pleurale.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments respectueux.

Dr Bazy.

Lectures.

Luxation du genou en dehors,

par M. R. LE CLERC, membre correspondant de la Société (1)

Depuis le mémoire de Claudot, il n'a pas été communiqué à la Société de chirurgie d'observations se rapportant à cette espèce de luxation; c'est ce qui m'engage à présenter le cas suivant survenu sous l'influence d'une cause directe (2).

Observation. — Le 13 mars 1902, je fus appelé par un de mes confrères pour voir un homme de soixante-douze ans, qui venait d'être victime d'un accident survenu dans les conditions suivantes. Cet homme, éleveur de chevaux, donnait à boire à un jeune étalon un peu difficile. A un moment, l'animal se mit à ruer. Son maître, ne pouvant sortir de la stalle très étroite, se gara plus avant, vers la tête du cheval. Mais, celui-ci, changeant de tactique, commença de piétiner des pattes de devant, en les lançant en avant.

Notre homme, pour se garantir, se réfugia sous la mangeoire, mais ne put esquiver les coups de sabot. On fut obligé, pour couper court à cet accès de fureur, de rendre rapidement la liberté au cheval et de le laisser sortir de son box.

Le blessé, transporté dans son lit, fut endormi. Voici ce que nous constatâmes.

Membre inférieur droit. — La jambe est fléchie sur la cuisse à angle très obtus, le pied reposant sur le plan du lit par son bord externe.

Le genou est considérablement élargi transversalement. En avant et en dedans, faisant saillie sous la peau qu'ils soulèvent, se dessinent nettement le condyle interne et la moitié antérieure de l'externe. Le tibia est porté en dehors, l'on sent très bien sous la peau la face supérieure de son condyle externe. Mais de plus, le tibia a subi un mouvement de rotation, de sorte qu'en réalité le condyle externe, comme l'a dit Malpaigne, est non seulement en dehors, mais encore en arrière. On ne sent pas le condyle interne qui repose sur la partie postérieure du condyle fémoral externe. La rotule, suivant le mouvement du tibia, est portée en dehors et luxée de façon à reposer sur la face externe du condyle externe du fémur.

La peau est intacte, excepté à la face interne de la partie supérieure de la jambe où se voient quelques éraflures superficielles et sans importance. Cependant, cette lésion de la peau permet de comprendre le mécanisme de la luxation du tibia en dehors. La cuisse était fixée

(1) Travail lu par le secrétaire général.

(2) Claudot a relevé une trentaine d'observations de luxation en dehors et il en a ajouté une nouvelle. A ce propos, Bazy communiqua un fait personnel (*Soc. chir.*, 1890).

par la position qu'occupait le malade qui était assis sur le sol, la cuisse fortement fléchie et le genou touchant la face inférieure de la mangeoire. Le sabot du cheval, agissant à la face interne et supérieure de la jambe, devenue quelque peu jambe de polichinelle, a repoussé directement le tibia en dehors.

La réduction, très facile, fut opérée par la simple extension.

Membre inférieur gauche. — La tête du péroné a été décapitée et se retrouve libre, au milieu d'un léger épanchement sanguin, à 5 centimètres et demi de sa base d'implantation. Pour la rapprocher du reste de l'os, il est nécessaire de fléchir complètement la jambe sur la cuisse ; encore s'applique-t-elle mal et joue-t-elle comme un pivot mobile sur le péroné qui a conservé ses connexions avec le tibia.

Traitement. — Compresses résolutives, quitte à enlever plus tard cet os aberrant.

Je n'ai pas eu l'occasion de réexaminer cet homme ; mais je l'ai aperçu récemment marchant très convenablement et sans appui.

Appendicite à marche anormale. Phlébite iliaque latente. Mort subite par embolie.

par M. le Dr R. LECLERC, membre correspondant de la Société (1).

Cette observation n'a de valeur qu'au point de vue symptomatologique. Elle prouve une fois de plus la vérité de ce que disait récemment Jalaguier qu'il y a « non pas une appendicite, mais des appendicites d'origine variée, de virulence différente... » (2).

Madame X..., âgée de quarante-quatre ans, n'ayant jamais été malade, est une femme surmenée, fatiguée par un travail intensif : soins du ménage, veillées prolongées consacrées à des écritures, insomnies répétées du fait d'une maladie de son mari pendant le mois de novembre dernier.

Le 12 *décembre* elle eut une indigestion qui se jugea par une débâcle intestinale.

Le 14 *décembre*, en soulevant un meuble elle ressentit brusquement une douleur en barre dans la région lombaire, douleur qui ne l'empêcha point cependant d'aller à la messe, de travailler toute la journée.

Le 15 *décembre*, elle fut forcée de s'aliter dans la soirée, parce que le moindre mouvement lui était très pénible.

Le 16 *décembre*, je la trouvai dans la décubitus dorsal, ne pouvant se tourner ni à gauche ni à droite. Il n'y a pas de fièvre ; le ventre est

(1) Travail lu par le secrétaire général.
(2) *Société de chirurgie*, séance du 24 décembre 1902.

souple; l'appétit à peu près conservé. La malade ne se plaint que de sa barre lombaire, avec prédominance à droite; la douleur n'existe qu'à propos des mouvements et n'est point réveillée par la pression.

Une heure après ma visite, elle est prise de douleurs très aiguës partant de la région lombaire gauche, contournant le flanc et irradiant jusque vers l'aîne du même côté. Sous l'influence d'une injection de morphine, la douleur se calme au bout de dix minutes et permet une bonne nuit.

Le 17 *décembre*. — Apparition des règles qui sont en avance de quatorze jours. Je crus pouvoir faire un diagnostic rétrospectif et rapporter les douleurs de la veille à une névralgie lombo-abdominale d'origine menstruelle.

Le 21 *décembre*, la malade peut se relever et trois jours après quitter sa chambre mais sans cependant cesser de souffrir dans les reins.

Le 27 *décembre*. — Nouvelle indigestion caractérisée par une nausée et trois selles diarrhéiques.

Le 29 *décembre*. — A deux heures du matin, douleur soudaine et aiguë dans la fosse iliaque droite; ni vomissements, ni garde-robes. Léger ballonnement du ventre avec résistance médiocre de la paroi.

Traitement. — Glace : quatre vessies sur le ventre. Extrait de belladone : 12 centigrammes, dans les vingt-quatre heures. Collargol : deux frictions par jour, au niveau des jarrets.

Le 30 *décembre*. — La pression est douloureuse à droite; du côté gauche, la pression détermine une douleur que la malade rapporte au côté droit. Langue peu chargée; pas de selles; urines peu abondantes, très uratiques, ne contenant pas trace d'albumine.

Le 31 *décembre*. — La malade souffre moins; la nuit a été bonne. Ventre moins ballonné et moins douloureux. Pas de selles; la malade a rendu beaucoup de gaz.

Le 1er *janvier* 1903. — A deux heures du matin, la malade est reprise de sa douleur en barre dans la région lombaire. Augmentation de ballonnement du ventre. 8 heures. Un vomissement bilieux; hoquet. 10 heures. Deuxième vomissement bilieux. 6 heures. Ventre moins ballonné et moins douloureux; le hoquet diminue.

Traitement : *ut suprà*. — Sérum de Chéron : 15 centimètres cubes.

Le 2 *janvier*. — La nuit a été bonne; le hoquet a disparu; la malade a rendu beaucoup de gaz. Le ventre a diminué de moitié, est beaucoup plus souple. La pression ne détermine plus de douleurs à gauche; du côté droit, il existe encore de la douleur provoquée, mais très atténuée. On ne sent pas d'induration profonde. Lorsque l'on passe le doigt sur la paroi abdominale il n'y a pas de réaction musculaire : l'absence de ce réflexe indique de la stupeur de la sangle abdominale, signe qui peut être mis sur la même ligne que la contracture pour indiquer un choc péritonéal, même léger.

Langue un peu chargée; urines abondantes, toujours chargées d'urates, mais non albumineuses.

Traitement. — Sérum de Chéron : 15 centimètres cubes. — Cesser la belladone.

Le 2 *janvier* (soir). — Le ventre se déballonne; très peu de douleur à la pression. Douleurs dans les reins surtout à droite : *une douleur fulgurante dans la cuisse droite.* La palpation le long des vaisseaux fémoraux n'est pas douloureuse; pas d'œdème du membre que la malade remue sans souffrir.

Le 3 *janvier.* — Bonne nuit. Ventre excavé, en bateau; une légère douleur au point de Mac-Burney.

Traitement. — Sérum de Chéron : 10 centimètres cubes, matin et soir.

Le 4 *janvier.* — Une selle spontanée et moulée dans la nuit. Elancements douloureux dans l'oreille droite; surdité de ce côté.

Le 5 *janvier.* — Une selle ce matin. Douleur à la pression au point de Mac-Burney. Douleurs lombaires des deux côtés avec irradiation dans le côté gauche du ventre. Surdité de l'oreille droite. Le 6 *janvier.* — Même état. Le 7 *janvier.* — Pas de selles depuis deux jours. Douleur à la pression le long du côlon descendant.

Traitement. — Un demi lavement.

Le 8 *janvier.* — La malade ne souffre plus dans le ventre qui est absolument plat. Une selle avec le lavement hier soir. La réaction musculaire revient au niveau de la paroi abdominale. Les urines sont plus abondantes, claires; mais elles contiennent un très léger nuage d'albumine.

Le 9 *janvier.* — Bon état général. Toujours de la douleur dans les reins à droite.

Rien au cœur; respiration nette; foie normal.

La nuit avait été bonne lorsqu'à cinq heures et demie du matin la malade se réveille en sursaut en disant à la sœur : « Ma sœur, j'étouffe ». La sœur lui prend le pouls qui était devenu très fréquent, irrégulier et misérable. Vingt-cinq minutes plus tard, quelques instants après mon arrivée, la malade rendait le dernier soupir.

Réflexions. — La marche de cette appendicite peut se résumer en quatre actes :

Premier acte (12 *décembre*). — Indigestion suivie deux jours après d'une barre douloureuse lombaire, prise *à priori* pour un tour de reins et *à posteriori* pour une névralgie lombo-abdominale d'origine menstruelle.

2e acte (27 *décembre*). — Indigestion.

3e acte (29 *décembre*). — Complexus classique de l'appendicite franche, présentant au cours de son évolution un réveil brutal de la douleur lombaire et l'apparition d'une crise fulgurante dans la cuisse droite.

4e acte (9 *janvier*). — Après une sédation complète des accidents abdominaux, alors que l'on avait le droit de compter sur une guérison, mort subite par embolie due à une phlébite iliaque.

Cette phlébite s'est développée, semble-t-il, d'une façon latente. En réalité, elle a eu ses symptômes, quelque effacés qu'ils aient

été : en effet, il faut bien rapporter à cette complication de la maladie première la douleur fulgurante signalée un jour par la malade au niveau de la cuisse droite. Mais le début de cette phlébite doit-il être marqué seulement par cette douleur fulgurante? Je ne le pense pas et je suis porté à considérer la barre lombaire comme la première manifestation de l'inflammation veineuse, d'autant mieux que le 2 janvier se produisit le matin un retour offensif de cette lombalgie, et que c'est le soir de ce jour que la malade accusa la douleur fulgurante dont il a été fait mention plus haut.

J'ai tenu à insister sur ces phénomènes douloureux qui, dans le cours d'une appendicite, peuvent mettre le médecin sur la voie du diagnostic souvent épineux, puisque dans tous ou presque tous les cas signalés, aucun signe subjectif, ne put faire penser à la complication veineuse, cause de la mort (1).

Comme on peut s'en rendre compte d'après le tracé y annexé, il n'y a jamais eu la moindre discordance entre le pouls et la température. Celle-ci est même restée dans des limites très normales. Faut-il incriminer la qualité des toxines appendiculaires peu thermogènes et cependant assez virulentes pour occasionner dès les premières heures une phlébite iliaque? Ou bien doit-on rapporter la non élévation de la température à l'argent colloïdal employé dès le début? Je pose naturellement la question sans la résoudre, d'autant plus que je n'ai qu'une expérience très restreinte du collargol et que Netter ne nous a pas encore donné le résultat de ses observations sur l'action de ce médicament dans l'appendicite.

Les indications opératoires étaient, dans le cas donné, très difficiles, pour ne pas dire impossibles à poser. A quel moment aurait-on pu opérer? Logiquement, pas avant le 29 ou 30 décembre. Alors déjà, il eût été trop tard, car, d'après nous, la phlébite existait et l'échec thérapeutique ne se serait pas fait attendre. On ne pouvait proposer l'opération au début, dès le 12 décembre; car le diagnostic ne pouvait se baser sur des phénomènes d'indigestion d'ailleurs fugaces. A partir du 4 janvier, la malade se trouvait si bien que l'opération n'eût pas été acceptée.

En somme, la situation était absolument irrémédiable, chirurgicalement parlant. Et puis, je le répète, nous avions affaire à une malade dont le surmenage et les fatigues récentes ont commandé et dirigé l'évolution anormale de la maladie qui l'a tuée.

(1) A. Petit. De la mort subite dans l'appendicite. *Th.* Paris, 27 nov. 1902.

Rapport.

Sur un travail de M. Frœlich (de Nancy), intitulé : *Deux observations de luxation congénitale double de la hanche traitée par l'opération de Kirmisson* (*ostéotomie sous-trochantérienne*),

par M. E. KIRMISSON.

Il est un certain nombre de luxations congénitales de la hanche invétérées qui, vu l'âge des malades, se prêtent mal à un traitement curatif, et cependant l'attitude vicieuse du membre, la gêne fonctionnelle considérable, appellent nécessairement un traitement palliatif. Je fais allusion ici à ces cas dans lesquels il existe une flexion et une adduction considérable; de là, l'ensellure lombaire très prononcée, et l'entrecroisement des genoux pendant la marche. Chez certains malades, et surtout dans les cas de luxation double, cet entrecroisement des membres inférieurs est tellement prononcé, que la peau de la face interne des genoux est usée par le frottement. C'est aux cas de cette nature que j'ai appliqué l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique, dans le but de rendre au membre sa direction normale. Ma première opération a été faite aux Enfants-Assistés, sur un jeune homme de seize ans, le 4 mai 1892. Deux ans plus tard, j'attirais l'attention sur cette question dans la *Revue d'orthopédie*, et je publiais, à l'appui de ma manière de voir, quatre observations.

L'opération que je préconisais a été adoptée par un certain nombre de chirurgiens, et en particulier par M. Hoffa. Depuis lors, je l'ai mise un certain nombre de fois en pratique; elle ne m'a jamais causé d'accidents et m'a toujours fourni des résultats avantageux. Dernièrement encore, j'avais dans mon service deux malades, un jeune homme et une jeune fille de treize et de quatorze ans, chez lesquels j'ai pratiqué l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique du côté gauche pour une luxation congénitale. Chez tous les deux, la forme et la fonction du membre ont été considérablement améliorées.

Notre collègue M. Frœlich (de Nancy) nous apporte, à son tour, deux observations qui prouvent la valeur de cette opération dans les cas que je viens de préciser.

La première de ces observations a trait à une fillette de neuf ans, atteinte de luxation congénitale double, chez laquelle la marche était si pénible qu'elle en était venue à ne pouvoir se rendre à l'école, distante de son domicile de 300 mètres.

Chez elle, la lordose est énorme; il existe, en outre, de la sco-

liose à double courbure, dorsale droite, lombaire gauche. Les pieds sont en rotation interne; les genoux s'entrecroisent; après cinq à dix minutes de marche, des douleurs surviennent et l'enfant est obligée de se reposer. La longueur du membre inférieur droit est de 53 centimètres et demi, celle du membre inférieur gauche de 56 centimètres.

Les trochanters dépassent la ligne de Nélaton, le droit de 7 centimètres, le gauche de 3 centimètres. M. Frœlich décide de pratiquer une double ostéotomie sous-trochantérienne : à droite, une ostéotomie oblique pour essayer d'allonger le membre; à gauche, une ostéotomie linéaire.

L'opération est pratiquée à droite d'abord : l'enfant étant endormie, on commence par produire la rupture sous-cutanée des adducteurs, comme dans la réduction non sanglante, dans le but de rendre plus facile, après section de l'os, l'abduction et l'extension du membre. Cela fait, on pratique l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique; la petite plaie qui a servi au passage de l'ostéotome est laissée ouverte et pansée à la gaze iodoformée. Le membre est immobilisé dans l'abduction, et l'extension continue est faite à l'aide d'un poids de 3 kilogrammes.

Sept semaines après la première intervention, l'ostéotomie linéaire est faite à gauche.

La consolidation était complète au bout de deux mois et demi. Trois mois après la deuxième intervention, la marche est parfaite et l'attitude également, comme on en peut juger par les photographies annexées par M. Frœlich à son observation.

L'adduction a disparu, la lordose également. La malade est debout pendant une partie de la journée et marche sans aucune fatigue. La longueur des membres mesure 54 centimètres à droite, et 55 centimètres à gauche; l'inégalité de longueur a donc été ramenée de 3 centimètres à 1 centimètre.

Le second fait de M. Frœlich a les plus grandes analogies avec le premier. Il a trait à un garçon de sept ans, atteint, lui aussi, d'une double luxation congénitale de la hanche; chez lui, la marche est impossible; la hanche droite est maintenue par une ankylose dans la flexion à angle droit sur le bassin. L'enfant se tient accroupi, les cuisses fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses. La longueur des membres inférieurs est de 55 centimètres à gauche, 49 centimètres à droite.

On pratique à droite l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique, après ténotomie des adducteurs; mais, après section de l'os, il est impossible de placer le membre en abduction et hyperextension, et l'on est obligé de faire la ténotomie du fascia lata et du couturier à leur insertion à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Cette ténotomie n'a du reste aucun inconvénient; j'ai dû également y avoir recours dans l'une de mes observations.

Le membre est placé en abduction et soumis à l'extension continue. Deux mois après, on fait l'opération du côté gauche; on commence par faire le myorhexis préalable des adducteurs, puis on pratique l'ostéotomie sous-trochantérienne linéaire sans extension.

Deux mois après, c'est-à-dire quatre mois après la première intervention, la cuisse droite n'est pas encore solide; on continue l'extension pendant deux semaines, au bout desquelles la consolidation est complète.

Six mois après la première intervention, la marche est devenue très bonne; elle se fait sans aucune douleur; la station debout est supportée pendant presque toute la journée. Le petit malade est droit; la lordose a disparu. La longueur de la jambe droite est de 52 cent. 5 et celle de la jambe gauche de 53 cent. 5.

A la suite de ces deux observations, M. Frœlich fait un certain nombre de remarques, dont les unes sont relatives au manuel opératoire, les autres à la valeur thérapeutique de l'ostéotomie sous-trochantérienne dans la luxation congénitale de la hanche.

Pour ce qui est du manuel opératoire, M. Frœlich conseille la rupture préalable sous-cutanée des adducteurs; je n'y contredis pas; je ferai toutefois remarquer que le mouvement d'abduction est limité, surtout par la position anormale de la tête osseuse, et qu'une fois l'ostéotomie terminée, on triomphera vite de l'obstacle musculaire. Je ne voudrais donc pas qu'on déployât une force trop considérable pour rompre les adducteurs avant la section osseuse, alors qu'après l'ostéotomie, l'obstacle musculaire pourra facilement être surmonté.

S'appuyant sur les radiographies de ses deux malades qui ont subi, d'un côté l'ostéotomie transversale, de l'autre l'ostéotomie oblique, M. Frœlich remarque avec juste raison que cette dernière est beaucoup plus favorable.

Le glissement des fragments l'un sur l'autre permet en effet d'obtenir un allongement du membre qui, dans les cas de notre collègue, a été de 2 et de 5 centimètres. Il est bien évident, en outre que l'angle formé entre eux par les deux fragments, est bien moins considérable dans les cas d'ostéotomie oblique que dans l'ostéotomie transversale.

Je suis bien aise que l'occasion se présente à moi de m'expliquer une fois de plus sur la valeur comparée de ces deux modes d'ostéotomie. Quelques auteurs en effet m'ont représenté, bien à tort, comme un partisan de l'ostéotomie sous-trochantérienne transversale. A cela j'ai une réponse bien simple à faire : Je n'ai jamais

pratiqué l'ostéotomie sous-trochantérienne transversale. Qu'on se reporte à toutes les observations d'ostéotomie sous-trochantérienne que j'ai publiées, relatives soit à l'ankylose de la hanche, soit à la luxation congénitale, et l'on verra que j'ai toujours pratiqué l'ostéotomie oblique. J'ai seulement fait quelques réserves à propos de l'ostéotomie longitudinale d'Ollier, appliquée à la hanche par M. Hennequin. Je crois que, dans les cas d'adduction considérable, il se produit après l'application de l'extension continue dans une position moyenne d'abduction, un entrecroisement des fragments qui rend inutile, au point de vue de l'allongement du membre, les extrémités fragmentaires. Du reste, toute discussion théorique à cet égard est devenue oiseuse, aujourd'hui où nous avons dans la radiographie un moyen sûr de vérifier la position réciproque des fragments.

Pour ce qui est de la valeur de l'ostéotomie sous-trochantérienne dans le traitement de la luxation congénitale, non seulement elle corrige l'ensellure et l'adduction, mais elle facilite beaucoup la marche et soulage considérablement les douleurs Je suis bien aise de voir notre collègue de Nancy en faire, après moi, la remarque. Cela tient à ce que le poids du corps, au lieu de se transmettre au fémur dans une direction presque parallèle à celle de la fosse iliaque externe, se transmet dès lors dans une direction perpendiculaire au bassin, qui, dans certains cas même, comme le démontre une des radiographies de M. Frœlich, se rapproche singulièrement de la direction de l'articulation coxo-fémorale normale. Dès lors, le glissement incessant de la tête fémorale sur l'os iliaque est empêché; cette tête trouve un point d'appui solide. La claudication et les douleurs en sont grandement soulagées.

Messieurs, je vous ai suffisamment rendu compte dans ce rapport du travail de M. Frœlich, je vous propose donc comme conclusion d'adresser des remerciements à l'auteur, et vous demande de vouloir bien retenir son nom lors des élections aux places de membre correspondant de notre société.

Communications.

Tumeurs du corpuscule rétro-carotidien,

par M. PAUL RECLUS.

En mon nom et au nom de mon interne M. Chevassu, je vais vous communiquer une observation de tumeur développée dans le corpuscule rétro-carotidien.

La question est encore peu connue. Le premier fait date de 1891 : Marchand publia, à l'occasion du Jubilé de Virchow, l'examen histologique d'une tumeur enlevée par Riegner dans la fourche carotidienne ; il conclut à un angio-sarcome. L'année suivante, Paltauf, assistant de l'Institut anatomo-pathologique de Vienne, analysa quatre tumeurs enlevées de 1886 à 1889, par Maydl, Dittel, Gersuny et Albert; il s'agit pour lui, non d'angiosarcome, mais d'endothéliome ou de périthéliome, et son travail remarquable a été confirmé de tous points. En 1895, Kopstein ajoute un sixième cas; le malade fut opéré par Maydl qui, éclairé par son premier fait, porta un diagnostic exact. En 1899, Malniowsky en trouve un septième, mais, dans le mémoire où il le rapporte, il ne s'occupe guère que de la ligature de la carotide primitive et des conséquences qu'elle peut avoir. L'année suivante, en 1900, von Heinleth, à propos d'un huitième cas, reprend la question tout entière et nous lui devons une monographie véritable dont nous aurons à discuter quelques affirmations. Enfin, en 1901, Siniouschine relate un neuvième cas; c'est donc, sauf erreur ou omission, le dixième cas connu que je vous apporte aujourd'hui.

Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, entrée à Laënnec pour un cancer du sein. Elle portait en même temps, dans la région cervicale gauche, une tumeur dont il nous faut préciser les limites; en bas, elle s'étendait jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde ; en haut, jusqu'à la partie inférieure de la parotide; en avant, elle déborde le sterno-mastoïdien sur lequel elle s'enfonçe en arrière ; enfin, par le toucher buccal, on la sent appliquée contre la paroi pharyngienne. Elle occupe, en définitive, la région vasculo-nerveuse par excellence, le point où la carotide primitive se bifurque.

La tumeur, un peu plus grosse qu'un œuf de pigeon, avait une consistance spéciale; elle était plutôt molle et même fuyait sous la pression, mais sans disparaître; et lorsqu'on ôtait la main, elle se reformait, mais en deux ou trois fois et comme remplie par deux ou trois battements artériels. Elle était le siège de pulsations très nettes; aussi le diagnostic d'anévrisme fut-il porté par quelques élèves, mais il n'y avait ni souffle, ni expansion; c'étaient des battements communiqués, et mon interne M. Chevassu qui connaissait le travail de von Heinleth, nous fit admettre le diagnostic de tumeur développée aux dépens du corpuscule rétro-carotidien. L'évolution de la tumeur confirmait ce diagnostic ; elle avait apparu il y avait environ cinq ans; elle s'était accrue lentement mais par à-coups et, dans les derniers mois, son développement était assez rapide pour inquiéter la malade plus que ne le faisait

la tumeur du sein. Aussi les deux opérations furent-elles pratiquées le même jour.

Je ne m'occuperai ici que de la tumeur carotidienne : longue incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien; le peaucier, l'aponévroses sont coupés et nous apercevons la tumeur prise en écharpe par une grosse veine que nous coupons entre deux ligatures. Le néoplasme est alors très visible; il est posé « comme un sac de farine » sur la fourche carotidienne, et l'on voit bien, à sa partie inférieure, la carotide primitive dont les deux branches se creusent une profonde gouttière dans la tumeur. La carotide externe est en avant et en dedans. Nous pouvons, grâce à une dissection minutieuse et patiente, la dégager de la tumeur et la luxer en dedans; ses parois ont souffert de cette longue compression; elles paraissent amincies, distendues et rétrécies par places.

En disséquant la capsule de la tumeur au plus près, nous isolons le néoplasme de tous les organes qui lui adhèrent, la jugulaire interne, le pneumogastrique, le grand sympathique, en haut le grand hypoglosse, la glande parotide, et notre tumeur n'est plus maintenue que par ses adhérences en bas, à la bifurcation de la carotide primitive, et par la carotide interne qui l'embroche. Nous avions résolu de tenter l'ablation de la tumeur sans couper ces vaisseaux; mais nous ne savions pas si nous pourrions y arriver; le corpuscule rétro-carotidien reçoit en effet ses branches nourricières de la carotide primitive ou de la carotide interne. Ces vaisseaux pouvaient être dilatés, et leur section pouvait causer une hémorragie que tarirait seule la ligature dangereuse de la carotide primitive. Il n'en fut rien ; la partie inférieure de la tumeur fut séparée de la fourche carotidienne sans ouverture de vaisseaux visibles.

Nous nous attaquâmes alors à la carotide interne en coupant la tumeur d'avant en arrière, jusqu'à ce que nous arrivions sur la carotide interne, et nous le fîmes sans l'ouvrir, car là, la capsule est moins adhérente et on peut la séparer sans entamer les vaisseaux. Nous constatons même que la tumeur ne forme pas une gaîne complète à la carotide interne, mais constitue une gouttière profonde, ouverte en arrière. Sans avoir provoqué de délabrements notables, la tumeur était dans ma main; les vaisseaux et les nerfs étaient intacts. Cependant, l'opération terminée, il y avait une déviation marquée de la bouche, qui avait presque disparu lorsque notre opérée quitta l'hôpital.

La tumeur, ainsi énucléée, mesurait 4 à 5 centimètres dans tous les sens; sa couleur était brune, elle était enveloppée d'une membrane et présentait deux sillons profonds où s'étaient logées les deux carotides. Sur la coupe, la tumeur semblait spongieuse et

formée par des lacis de vaisseaux minuscules. L'examen microscopique fut pratiqué, avec le plus grand soin, par M. Chevassu, qui confirma l'opinion de Paltauf, et pour lui le doute n'est pas possible : il s'agit d'un endothéliome et même d'un périthéliome développé aux dépens du corpuscule rétro-carotidien.

On sait maintenant, d'après les recherches de Katzchenko et de Paltauf, que le corpusule rétro-carotidien n'est pas de nature épithéliale; on admettait autrefois qu'il se développait aux dépens de la partie interne de la troisième et de la quatrième fentes branchiales et qu'il était une dépendance du thymus. Ce n'est pas exact et les histologistes modernes le considèrent comme une sorte de bourgeonnement de la tunique adventive de la carotide primitive ou de la carotide interne; ce corpuscule est un endothéliome, et les tumeurs que nous étudions sont aussi des endothéliome; elles ne sont qu'une sorte d'hyperplasie du corpuscule; dans la classification de Broca, ce seraient des tumeurs homologues qui sont au corpuscule rétro-carotidien ce que le chondrome est au cartilage et le fibro-myome au muscle utérin.

Nous ne savons à peu près rien sur les causes qui président au développement de ces tumeurs : von Heinleth les croit plus fréquentes à gauche qu'à droite et explique cette prédominance par le mode d'abouchement des vaisseaux nourriciers du corpuscule. Mais cette pathogénie s'écroule devant la constatation que nous avons faite que sur les dix observations actuelles, cinq fois la tumeur est à droite et cinq fois à gauche. Au contraire de ce que l'on remarque pour les branchiomes du cou, l'endothéliome carotidien est plus fréquent chez la femme que chez l'homme et sur neuf observations où le sexe est indiqué, nous notons sept femmes et seulement deux hommes. Enfin, ajoutons que c'est une tumeur de la jeunesse; elle se développe seulement de vingt-cinq à cinquante ans. La malade la moins âgée avait dix-sept ans; la plus âgée, la nôtre, avait quarante-cinq ans au moment où la tumeur apparut.

Nous pouvons être très bref et très précis sur l'aspect clinique que présente cette tumeur. On voit, surtout chez une femme plutôt jeune, se développer dans la région cervicale, à droite ou à gauche, mais dans un point précis, au-dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde, au-dessous de la parotide, en partie cachée et en partie débordant le sterno-mastoïdien, profondément appliquée contre les parties latérales du pharynx, une tumeur du volume d'un gros œuf de pigeon ou d'un petit œuf de poule. Comme sa situation, sa consistance est caractéristique; elle est plutôt molle; elle fuit sous la pression, mais elle reparaît par à-coups et il lui faut deux ou trois battements pour reprendre son

volume primitif. Cette tumeur, sans souffle ni expansion, doit au voisinage et à l'inclusion des carotides d'être animée d'un battement des plus nets. Enfin, elle se développe très lentement d'abord, puis par poussées plus rapides, et les évolutions durant plusieurs années ne sont pas rares; donc, siège précis, consistance caractéristique, évolution particulière, voilà trois conditions qui, avec l'âge et le sexe, permettent d'établir le diagnostic de périthéliome rétro-carotidien. Il faut seulement y songer.

Nous touchons ici au point capital de cette rapide étude : Faut-il extirper ces tumeurs? Jusqu'ici tous les chirurgiens semblent d'accord et, dans les dix observations publiées, dix fois on a fait l'ablation du néoplasme. Les résultats n'en ont pas toujours été très bons. Deux fois les opérés sont morts de l'opération, une fois par broncho-pneumonie attribuée à la section du nerf pneumogastrique, une fois à une hémorragie foudroyante provoquée par la ligature mise sur la carotide primitive athéromateuse et dont les tuniques se rompirent. Soit donc une mortalité opératoire de 20 p. 100. Restent huit cas où la mort n'est pas survenue; mais les résultats n'ont pas été toujours bons.

En effet, dans les huit cas qui restent, après avoir défalqué les deux morts, nous trouvons une fois, chez un médecin, un ictus apoplectique consécutif à la ligature de la carotide primitive et une aphasie dont les derniers vestiges ne s'effacèrent qu'au bout de trois ans, et cinq fois il y eut des troubles plus ou moins graves du côté du nerf laryngé et du nerf facial; deux fois seulement le résultat fut parfait.

Il faut savoir, en effet, qu'il s'agit d'une très grave intervention. Nous n'avons encore que peu parlé des connexions de la tumeur qui, quoique enveloppée d'une capsule, adhère le plus souvent à des organes d'une importance extrême, à la veine jugulaire interne, au nerf pneumogastrique, au grand sympathique coupés dans la plupart des observations. Mais ses connexions les plus étroites et les plus redoutables sont avec la carotide primitive et ses deux branches de bifurcation, la carotide externe et la carotide interne; les connexions et les adhérences sont telles que sur les dix cas relevés, deux fois seulement, dans l'observation de von Heinleth et dans la nôtre, on a pu extirper la tumeur sans réséquer les trois vaisseaux artériels.

Heinleth et nous, devons-nous cette conservation des vaisseaux à une dissection plus minutieuse, plus attentive et plus patiente, ou nous trouvons-nous en présence de cas où les connexions entre la tumeur et les artères étaient moins marquées? Nous ne saurions le dire, et peut-être nos devanciers, en voyant la tumeur

embrochée pour ainsi dire par les artères, ont-ils enlevé le tout sans tentative conservatrice. Nous ne saurions le dire, et les observations sont à peu près muettes sur ce point. Toujours est-il qu'il y a là une importante considération, et la ligature de la carotide primitive est une entreprise vraiment hasardeuse. Pas cependant, dans ce cas particulier, autant qu'on pourrait le croire. La tumeur carotidienne est d'évolution lente ; elle enserre les vaisseaux depuis de longues années lorsqu'on se décide à intervenir, et la circulation collatérale a eu le temps de s'établir lorsqu'on interrompt le cours du sang dans les carotides pressées par la tumeur. Et, de fait, dans les dix observations recueillies, si nous distrayons les deux cas de mort et les deux cas où les vaisseaux ont été respectés, nous ne trouvons qu'un cas où la ligature se soit manifestée par un ictus apoplectique dont, du reste, l'opéré finit par guérir.

On n'en doit pas moins établir en principe qu'il faudra toujours essayer de conserver les vaisseaux carotidiens et l'observation de von Heinleth et la nôtre prouvent que ce résultat désirable peut être obtenu. Von Heinleth et nous, nous avions craint en commençant l'opération d'ouvrir les vaisseaux nourriciers de la tumeur issus de la carotide primitive ou de la carotide interne, et nous nous demandions comment, le cas échéant, nous en pratiquerions l'hémostase; or, dans aucun des deux cas, il n'a été rencontré de vaisseaux nourriciers. Von Heinlet croit que la tumeur, en vieillissant, atrophie et étouffe ces vaisseaux, et, dans son cas, le néoplasme avait quarante ans de durée; dans le nôtre, il en avait cinq. Mais ce point reste encore obscur.

Donc, en tous cas, essayons de conserver les carotides. Mais pourrions-nous aller plus loin dans nos tendances conservatrices, et, rompant avec ce qu'ont fait nos prédécesseurs, pourrions-nous conseiller de ne pas intervenir et de laisser évoluer librement les tumeurs? La question peut vraiment se poser : l'histologie semble démontrer que les néoplasmes du corpuscule rétro-carotidien sont de nature bénigne; ils sont enveloppés d'une membrane d'enkystement et leur marche est vraiment très lente d'ordinaire, puisque dans le cas de von Heinleth l'ablation n'eut lieu que quarante ans après l'apparition de l'endothéliome.

Je sais bien qu'une fois on a noté la récidive après l'ablation de la tumeur. Mais était-ce bien une récidive, ou bien s'agissait-il d'une ablation incomplète et d'une continuation de la tumeur primitive? L'observation est muette sur ce point et les détails sont plus que sommaires ; aussi pencherions-nous vers cette dernière alternative. Mais, enfin, la question doit être posée, et voici les termes du problème : nous sommes ici en présence d'une tumeur

dont la bénignité paraît établie, dont la marche en tout cas est des plus lentes; d'autre part, nous savons que son extirpation est dangereuse, qu'une fois sur cinq elle a entraîné la mort, que plusieurs fois elle s'est accompagnée de troubles consécutifs à la section de nerfs importants ou à la ligature d'artères volumineuses. Nous croyons, pour notre part, qu'il faudra réfléchir avant d'intervenir, et, dans les cas où la tumeur serait de volume médiocre et de marche lente, nous nous abstiendrions.

De l'intervention dans la gangrène pulmonaire,

par M. LEJARS.

En vous présentant un opéré de gangrène pulmonaire, bien et complètement guéri et d'embonpoint florissant, je voudrais vous soumettre cinq autres faits opératoires, de fortune diverse, et, avec eux, quelques réflexions sur cette importante question de pratique médico-chirurgicale, si discutée encore et qui mérite de l'être.

Voici d'abord mon opéré :

I. C'est un étudiant en médecine, de vingt-sept ans, un confrère de demain, et fils d'un très honorable confrère d'Alsace. Son histoire est assez longue et complexe.

Pas d'antécédents héréditaires; pas de tuberculose dans la famille. Une fluxion de poitrine à quinze ans, une fièvre typhoïde à dix-huit ans, sans complications, sans suites.

En mars 1901, grippe, compliquée bientôt de congestion pulmonaire de tout le côté droit; fièvre, 39-40 degrés; amaigrissement notable; sueurs profuses; grande faiblesse, perte de l'appétit. Crachats d'abord mousseux, jusqu'en avril. A ce moment, ils commencent à prendre une odeur fétide, et les accidents vont en s'accentuant jusqu'à la fin du mois. Un jour, dans l'après-midi, il se produit une vomique d'environ un verre de pus, d'odeur repoussante.

Le lendemain, notre malade entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Gaucher. On constate alors qu'il existe de la matité sur toute la base droite en arrière et dans l'aisselle, avec des râles sous-crépitants très fins, nombreux. Pas de souffle ni de modifications des vibrations thoraciques. Fièvre oscillant, de 37°5 à 38°5. Expectoration très abondante, fétide, muco-purulente. Traitement : ventouses, hyposulfite de soude, lait.

Au bout de quelque temps, l'état général s'améliore un peu, l'appétit revient; la matité et les râles se localisent vers la pointe de l'omoplate.

L'examen des crachats sur lamelles et par inoculation au cobaye est négatif pour le bacille de Koch. Pas d'albumine dans les urines.

Le 25 mai 1901, l'état général s'est suffisamment amélioré pour que le malade quitte l'hôpital; la fièvre a disparu. La zone mate subsiste avec quelques râles sous-crépitants à son niveau. Les mois de juin et juillet sont passés dans la Forêt-Noire, et la convalescence paraît se confirmer de plus en plus. Pourtant, des accès de toux surviennent matin et soir, mais l'expectoration est sans odeur.

Retour à Paris en août. En septembre, petite hémoptysie. A dater de ce nouvel accident, la fièvre se montre de nouveau par poussées vespérales; les crachats reprennent une odeur fétide; à la percussion, la zone mate subsiste; l'auscultation ne donne rien. L'examen radioscopique décèle une bande noire très nette correspondant à la matité, allongée un peu obliquement de haut en bas et de gauche à droite. Toutefois, M. Béclère trouve cette bande un peu bas située pour correspondre à la scissure interlobaire.

En février 1902, à la suite d'un refroidissement, poussée de congestion autour de l'ancien foyer; nombreux râles sous-crépitants. Quelques frottements; expectoration abondante, d'odeur fétide; fièvre oscillant le soir entre 38 et 39 degrés. La crise dure trois à quatre semaines.

Pendant l'été 1902, la fièvre persiste le soir; expectoration fétide par moments; quelques petites hémoptysies.

Le 25 septembre, laryngite, toux plus fréquente, légère douleur du côté droit; à la base droite, en arrière, submatité, nombreux frottements.

Le 30 septembre, violent point de côté à droite, frissons, fièvre 38°5, pouls 110. Matité sur toute la base droite en arrière, tournant un peu vers l'aisselle; abolition du murmure vésiculaire et des vibrations; souffle aigre; égophonie et pectoriloquie aphone; sueurs profuses.

Dans les jours qui suivent, la matité diminue; on perçoit de nouveau le murmure vésiculaire jusque vers la base, quoique très affaibli; râles humides nombreux, mêlés à des frottements; la fièvre persiste, pouls 100-110. Expectoration abondante, purulente, fétide, un peu sanguinolente. Grande faiblesse, mauvais état général.

Sur le conseil du Dr Sergent, le malade entre alors à la Pitié dans le service de notre collègue M. Walther, le 29 octobre 1902, en vue d'une intervention possible. Il y reste jusqu'au 18 novembre. Pendant les quinze premiers jours, la fièvre persiste avec de grandes oscillations, de 35°5 à 39°5; l'expectoration est toujours fétide. Matité de presque toute la base droite, en arrière, le murmure vésiculaire s'entend mal. L'examen radiographique montre une zone obscure, correspondant à toute la base droite.

Puis la fièvre tombe, l'expectoration diminue. Un deuxième examen radioscopique, pratiqué par M. Béclère, ne permet pas de préciser un foyer, non plus que l'auscultation. Le diagnostic de dilatation bronchique est alors porté, et l'intervention ne paraît pas indiquée pour le moment.

Le 28 novembre, notre jeune étudiant entre à l'hôpital Tenon, dans le service de M. P. Le Gendre. Au bout de quelques jours, les phéno-

mènes pleuraux s'étant en partie calmés, on peut localiser vers la pointe de l'omoplate droite une zone où l'on perçoit un souffle à timbre cavitaire, d'assez nombreux râles humides, de la bronchophonie. L'expectoration est toujours très abondante et d'odeur caractéristique. L'état général, toujours assez précaire, s'est pourtant un peu relevé.

Ce fut dans ces conditions que mon collègue et ami M. Le Gendre voulut bien me montrer M. D... et me demander d'intervenir.

L'opération eut lieu le 15 décembre 1902, en présence de M. Le Gendre et du père de notre malade. Le foyer paraissait situé sous la pointe de l'omoplate : je fis donc un lambeau convexe en bas, qui encadrait l'angle inférieur du scapulum, je le relevai, et j'excisai rapidement 8 centimètres environ des deux côtes correspondantes ; je tombai sur une plèvre un peu épaissie et adhérente au poumon ; je pénétrai à ce niveau, au bistouri, puis au doigt, et j'entrai dans un espace assez facilement décollable : à une profondeur de 5 centimètres à peu près, j'ouvris une cavité, remplie d'un liquide noirâtre d'une fétidité extrême, et qui aurait pu loger un petit œuf; cette cavité était peu anfractueuse, semblait bien limitée, et le tissu pulmonaire était, tout autour, de consistance uniforme. Je laissai deux drains dans le foyer et je tamponnai légèrement toute la vaste plaie.

Les pansements ultérieurs furent faits avec le plus grand soin par mon interne, M. Vitry ; le suintement fut d'abord très abondant et fétide, et la toux revenait encore par accès, suivis d'une expectoration odorante, mais en quantité beaucoup moindre ; peu à peu, le foyer se nivela, les accidents pulmonaires s'atténuèrent, et, dans les premiers jours de février, la cicatrisation était achevée, et notre malade, qui déjà avait repris des forces, partait en Alsace pour sa convalescence.

Vous le voyez aujourd'hui dans un état de santé tout à fait brillant : il a beaucoup engraissé, il ne tousse plus, ne crache plus, et j'ajoute que l'auscultation du poumon droit permet de constater une respiration toute normale.

Je suis heureux de ce résultat, complet et définitif, fort encourageant, certes, puisqu'il n'est pas discutable que l'opération n'ait été, ici, l'agent exclusif de la guérison — la résistance vitale et le jeune âge aidant, bien entendu, et les conditions locales et générales se prêtant encore à une réaction bienfaisante et curative.

Et, en effet, ces conditions manquent assez souvent dans nos opérations de gangrène pulmonaire, et c'est pour cela qu'il y a, je pense, quelque intérêt à ne pas trop s'en tenir aux statistiques et à étudier de près les divers cas particuliers.

Je disais tout à l'heure que j'avais opéré cinq autres « gangrènes » dans ces dernières années.

L'un de ces malades entra dans mon service quelques semaines après notre étudiant en médecine ; il occupa le même lit. Il m'avait été envoyé par mon collègue M. Launois.

II. C'était un homme de quarante-six ans, grand, bien bâti, et dont le passé morbide était déjà un peu chargé. Depuis une dizaine d'années, il toussait toujours un peu, mais sans accidents sérieux; il y a un an, il avait passé huit jours à l'hôpital pour une congestion pulmonaire. En juin 1902, la toux devient opiniâtre, elle s'accompagne d'expectoration, encore sans odeur, et d'un affaiblissement général croissant. Le 13 septembre, il entre à l'hôpital Tenon dans le service de M. Launois.

L'expectoration atteint alors 150 à 200 grammes par jour, elle n'est pas fétide; l'examen bactériologique ne démontre pas la présence du bacille de Koch. A l'auscultation, on trouve à droite quelques râles de bronchite et un peu de submatité. Cœur normal, urines normales.

Vers le 20 octobre, l'expectoration cesse, et la température s'élève alors à 40°, pendant quatre jours, redescend à 38°, puis remonte à 39°. Chaque défervescence est accompagnée d'une expectoration abondante (300 grammes) très fétide. A ce moment apparaît une douleur au niveau du sein droit et vers la pointe de l'omoplate; à la percussion on constate une zone de submatité à ce niveau; à l'auscultation, des râles muqueux et un léger souffle.

La radioscopie est pratiquée le 28 octobre : elle montre, à la hauteur de la 5e côte droite, une tache opaque de la grosseur approximative d'une petite orange.

Des frissons surviennent, l'état général s'aggrave de plus en plus; l'expectoration augmente et devient d'une fétidité extrême et caractéristique.

Dans les premiers jours de décembre, plusieurs vomiques se produisent, peu abondantes, mais horriblement fétides. A cette même date, des signes cavitaires apparaissent dans la région sous-scapulaire droite, et le malade, qui jusque-là avait obstinément refusé, se décide enfin à se laisser opérer.

L'intervention a lieu le 14 janvier 1903, en présence de M. Launois, qui a localisé le foyer à la pointe de l'omoplate droite, sur le trajet de la scissure interlobaire supérieure. Je taille et relève le même lambeau sous-scapulaire que plus haut, j'excise 10 centimètres des deux côtes correspondantes; j'arrive sur une plèvre épaissie, adhérente au poumon. Incision couche par couche au point indiqué : on voit sourdre bientôt quelques bulles de gaz fétide; je poursuis alors avec le doigt et, à 3 ou 4 centimètres de profondeur, j'ouvre une cavité, pleine de liquide noirâtre, fétide, et de gaz, cavité qui remonte en haut et en avant sur une longueur de 6 centimètres environ, avec une largeur de 4 centimètres au moins, et qui finit en pointe : elle est de paroi irrégulière et anfractueuse. Je la déterge aux tampons imbibés d'eau oxygénée, j'y laisse deux drains, et je réunis seulement les angles de la plaie.

A la suite de cette intervention, la température tombe à 37 degrés; les premiers jours se passent bien. Au troisième jour, on fait le pansement; il sort du foyer environ 100 grammes de liquide fétide; on remet le drain.

Le suintement diminue aux pansements suivants; l'expectoration devient aussi beaucoup moins abondante, quoique les accès de toux se

reproduisent encore assez souvent. A la fin de janvier, l'appétit est revenu; l'état général s'améliore rapidement, les crachats sont de quantité très médiocre et n'ont plus de fétidité. Très léger suintement par la plaie, qui se ferme de plus en plus; le 14 février, on enlève le dernier drain.

Aujourd'hui il persiste encore un petit trajet fistuleux, qui donne très peu de liquide clair; l'état pulmonaire et l'état général sont satisfaisants; enfin le malade présente un accident assez curieux et assez rare : de la paralysie douloureuse des muscles péri-scapulaires du côté opéré. Ici encore, l'opération a été bienfaisante, certes, et sans elle le malade eût rapidement succombé; mais la guérison n'est pas encore complète au bout de quatre mois, ce qui, du reste, est loin d'être rare après les interventions de ce genre.

III. Il en fut ainsi chez un troisième malade, qui m'avait été confié aussi par mon collègue M. Launois, et que j'opérai le 13 janvier 1900; mais, chez lui, la recherche du foyer fut particulièrement difficile, comme je vais le dire. C'était un homme de trente ans, dont l'affection avait débuté brusquement, par un point de côté et par des crachats sanglants en avril. La fièvre oscillait entre 38 degrés et 38°8, l'état général n'était pas trop mauvais; l'expectoration était très abondante et d'une fétidité extrême; il n'y avait pas de bacilles de Koch. A l'angle inférieur de l'omoplate droite, on trouvait une zone de matité qui descendait à trois travers de doigt au-dessous, et l'on percevait, au même niveau, du souffle, du gargouillement et de la pectoriloquie aphone. La conclusion médicale avait été celle-ci : il existe un foyer gangreneux, à l'union des 2/3 inférieur et du 1/3 supérieur du poumon droit; ce foyer correspond à la pointe de l'omoplate, c'est-à-dire au septième espace intercostal. J'ajoute que la radioscopie avait révélé, au même niveau, « une opacité anormale, plus claire au centre que sur les bords, ceux-ci formant un anneau sombre relativement à la clarté du centre. Ce sont les signes d'une densification du poumon avec cavité centrale. Quand le malade est debout, les bras tombants, la zone claire correspond à l'angle inférieur de l'omoplate » (Béclère).

Ce fut là, en effet, que j'intervins, après avoir relevé un lambeau et réséqué deux côtes. Je découvris une zone où le poumon était adhérent; j'incisai, et je pénétrai sans difficulté dans un espace décollable qui nous parut être une scissure ; à une grande profondeur, 8 à 10 centimètres, j'ouvris une petite cavité et je fis sortir un peu de liquide noirâtre fétide. Je ne trouvai rien de plus, et l'examen du parenchyme ambiant ne me donna aucune autre indication. Je drainai comme d'habitude, sans réunion.

Il y eut une notable amélioration, mais le malade continua pourtant à tousser et à cracher pendant un certain temps. Il rentra en médecine le 22 juillet; il en sortit le 3 octobre, et, depuis la guérison s'est maintenue.

Dans mes trois dernières observations, j'ai ouvert un foyer étendu, une caverne gangreneuse, comme dans les deux premières, mais la guérison n'a pas eu lieu : deux opérés sont morts rapidement; un troisième, dont l'histoire est curieuse, a succombé à une tuberculose pulmonaire secondaire.

Les deux morts rapides se rapportent à des cas où l'intervention pratiquée *in extremis* ou à peu près, n'avait en réalité aucune chance de succès.

IV. Il s'agissait, dans le premier, d'un homme de quarante-trois ans, entré le 30 octobre 1901 dans le service de mon collègue M. Duflocq, et que j'opérai le 4 décembre, dans un état de cachexie extrême : il avait une volumineuse caverne gangreneuse du poumon gauche, à la base; elle fut ouverte aisément et donna issue à une grande quantité de liquide noirâtre, atrocement fétide, pendant que le même liquide, mêlé d'un peu de sang, s'écoulait en abondance de la bouche du malade. Il succomba en quelques heures.

J'ai perdu il y a quelques semaines un autre opéré, un malade de mon collègue Ménétrier, lui aussi dans un état d'infection générale si grave que le recours à la chirurgie, tout nécessaire qu'il fût, ne laissait place qu'à peu d'espérance.

V. Cette fois, le foyer de gangrène pulmonaire était compliqué d'une abondante pleurésie putride. Une ponction avait été faite par M. Ménétrier et avait donné du liquide jaune brunâtre, épais, et d'une fétidité toute semblable à celle de l'haleine et des crachats du malade. Je relevai un lambeau à la base droite. Je réséquai un segment de la 8e et de la 9e côte et du cartilage de la 10e, et j'ouvris largement le foyer pleural qui figurait une vaste cavité sus-diaphragmatique; une fois l'évacuation achevée, j'aperçus, à la face externe du poumon, refoulée en dedans, une zone affaissée, terne, gris-jaunâtre, donnant tout à fait l'aspect des infarctus gangreneux qui se rencontrent aux autopsies; la sonde cannelée pénétra sans peine au centre de cette zone sphacélée et fit sortir du gaz fétide et du liquide; j'agrandis alors l'orifice au doigt et j'ouvris une caverne gangreneuse, remplie de sanie et de débris, et qui eût contenu le poing d'un enfant. Elle fut détergée du mieux possible avec des tampons imbibés d'eau oxygénée, la plèvre détergée à son tour, et trois gros drains laissés dans l'un et l'autre foyer.

L'intervention avait été assez bien supportée, elle avait été suivie d'un soulagement marqué, et, durant les deux premiers jours, il fut possible de garder quelque espoir; mais les accidents dyspnéiques reprirent une intensité extrême, et, le troisième jour, ils emportaient le malade. A l'autopsie, M. Ménétrier constata qu'il n'y avait pas d'autre foyer gangreneux que la caverne de la base droite que nous avions ouverte et drainée, mais qu'il existait une broncho-pneumonie généralisée, des deux poumons.

Enfin un dernier malade est mort de tuberculose dans les conditions que voici :

VI. C'était un homme de cinquante et un ans, que j'opérai à l'hôpital Beaujon le 24 octobre 1898, sur les indications de M. Fernet, qui avait localisé au sommet du poumon gauche et en avant le foyer gangreneux. Je fis sur le devant de la poitrine une incision courbe qui me permit de relever un lambeau comprenant le grand et le petit pectoral et de mettre à découvert le haut de la cage thoracique; j'excisai environ 5 centimètres des 2e, 3e et 4e côtes, sur leur portion externe, avoisinant l'aiselle, et à ce niveau, en dehors, je rencontrai une zone pleuro-pulmonaire adhérente. Je l'incisai et j'ouvris une cavité intra-pulmonaire du volume du poing, d'où j'évacuai du liquide fétide et des écheveaux de matière putrilagineuse. Drainage avec deux drains. Tout se passa bien dans les premières semaines; l'expectoration avait notablement diminué et ne présentait plus d'odeur, l'appétit était en partie revenu; puis le malade recommença à dépérir, à tousser, il eut des sueurs abondantes; la cicatrisation de la plaie, qui marchait régulièrement, s'arrêta; enfin, malgré tous les soins médicaux, il succomba le 5 décembre. A l'autopsie, on trouva une infiltration tuberculeuse de tout le poumon gauche, et une infiltration moins étendue du poumon droit.

Tout cet exposé est un peu long sans doute, et je m'en excuse, mais les faits de ce genre sont toujours, il me semble, d'un réel intérêt. Le traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire reste, en effet, une question fort grave et fort difficile, et, bien qu'elle ait fourni matière à de nombreux travaux, bien que les observations se soient multipliées, je ne crois pas que l'on puisse dire encore que c'est là une question faite.

Cela est vrai surtout, si l'on refuse de s'en tenir au résultat opératoire, immédiat, et si l'on cherche à préciser le sort ultérieur des opérés, la proportion des guérisons définitives et la date de ces guérisons, autrement dit la valeur thérapeutique réelle de l'intervention. Or les données lointaines sont précisément celles qui nous manquent le plus; et la remarque s'impose à la lecture de toutes les statistiques; notre collègue Tuffier, par exemple, dans son rapport si intéressant sur la chirurgie pulmonaire (1), a pu rassembler 74 faits de « gangrènes opérées » ; sur ce nombre, il y en a tout au plus une douzaine qui portent mention du résultat éloigné. Trouver, ouvrir et drainer une caverne gangreneuse, c'est fort bien, mais la réussite technique, pour difficile et méri-

(1) Tuffier; chirurgie du poumon en particulier dans les cavernes tuberculeuses et la gangrène pulmonaire. Rapport au congrès international des *Sciences médicales* de Moscou 1897.

toire qu'elle soit, ne suffit pas à faire un « succès ». Que deviennent les malades ? La mortalité opératoire proprement dite paraît s'abaisser : elle était de 40 p. 100 dans la statistique de Tuffier, elle n'est plus que de 34 p. 100 sur 122 cas analysés par MM. Garré et Sultan (1) dans un mémoire de 1902. Mais ce n'est pas le seul élément dont il faille tenir compte dans l'appréciation de la valeur réelle de l'opération : elle n'a pas été meurtrière, mais a-t-elle été curatrice ? Dans quelle proportion ?

S'il est impossible, à l'heure présente, de répondre de façon précise à la question, il n'en paraît pas moins certain que la chirurgie de la gangrène pulmonaire n'est point de celles qui réservent pleine satisfaction au malade et au chirurgien ; qu'elle nous prépare, au contraire, de fréquentes désillusions, et que nous agissons sagement, en n'acceptant d'intervenir que dans certaines conditions données, pour certaines gangrènes de localisation reconnue. Et, de fait, un nombre relativement élevé de gangrènes pulmonaires sont susceptibles de guérir seules, par les moyens médicaux, et c'est là un point sur lequel aucune contestation ne doit s'élever entre nos collègues médecins et nous. Tous nous avons vu des exemples de ces cures spontanées, et je me souviens, pour ma part, d'avoir vu guérir, de la sorte, plusieurs malades. Nous n'aurions aucune bonne raison d'interrompre cette régression naturelle, si heureuse, dans les formes qui s'y prêtent, et de chercher à substituer le drainage trans-thoracique, d'établissement toujours difficile et périlleux, au drainage par voie bronchique, lorsqu'il se montre suffisant. D'ailleurs, ce n'est pas à nous, en général, que l'on demande alors de trancher la question.

Mais, alors même qu'il s'agit d'une gangrène grave, et que le recours à la chirurgie paraît s'imposer, j'estime que nous ne ferons d'opération réellement valable et utile que sous les deux réserves suivantes : 1° le foyer gangreneux sera, sinon exactement précisé, au moins localisé — par le médecin — dans une certaine zone abordable ; 2° l'état de l'autre poumon ne sera pas trop irrémédiablement compromis.

Au cours de l'évolution de la gangrène pulmonaire, il y a d'ordinaire une première période d'indécision, où manquent les signes de foyer ; la gangrène existe bien, l'expectoration, la fièvre, la marche des accidents en témoignent, mais où siège-t-elle ? On ne le sait qu'avec la réserve d'une approximation très

(1) Garré et Sultan : Kritischer Bericht über 20 Lungen-opérationen aus der Rostocker und der Königsberger klinik-Beiträge z. Klin. Chir. Bd. XXXII. 2-p. 492.

large et très vague. A mon sens, toute opération tentée à ce stade diffus — ou confus — court les plus grands risques de devenir une opération mauvaise, nuisible. Sans doute, on creuse sans peine avec le doigt de longs tunnels dans le tissu pulmonaire, et, d'une zone d'attaque même éloignée, on peut arriver, en s'ouvrant de la sorte une voie intra-parenchymateuse, jusqu'à un foyer profond et caché; mais il ne paraît pas qu'au delà de certaines limites assez restreintes, ces recherches aventureuses en plein poumon, soient recommandables : le parenchyme cède aisément trop aisément même, mais il saigne, et ces longs canaux deviennent de grandes surfaces d'inoculation; de plus, toutes ces interventions complexes où l'on est forcé de tourner et d'incliner le malade et d'agir longuement sur le poumon exposent à un autre danger : à l'infection massive du poumon voisin, par le liquide gangreneux, refoulé vers la trachée et jusque dans la bronche opposée. Ne voit-on pas quelquefois, à la fin de la chloroformisation, des opérés refluer, sans effort, jusqu'aux lèvres cette même sanie noirâtre qui remplissait le foyer de gangrène, et, cela en quantité très abondante, comme chez l'un de nos malades ? — Enfin, les interventions à la période imprécise dont je parle ont encore le désavantage de conduire d'ordinaire en plèvre libre ; qu'on puisse remonter ou descendre jusqu'à la zone adhérente, ou fixer le poumon à la paroi et fermer, de façon diverse, la cavité pleurale, avant d'ouvrir le foyer, je n'en disconviens pas, car je l'ai fait moi-même dans deux cas non signalés ici, et dont je vous ai parlé en 1896; il n'en reste pas moins que l'infection pleurale est un gros danger, dans ces opérations de drainage des foyers septiques intra-pulmonaires, et que, si l'on est forcé d'ouvrir d'emblée et largement la plèvre, on aura beaucoup de peine à la protéger efficacement dans la suite de l'intervention.

Pour toutes ces raisons, j'estime que nous devons attendre qu'il y ait une localisation suffisante, et j'estime aussi (d'après ce que j'ai vu auprès de mes collègues en médecine) qu'un médecin consciencieux qui examine journellement ses malades réussit à peu près toujours, au bout d'un temps d'observation qui varie, mais qui souvent est assez court, à percevoir des signes de foyer, des phénomènes cavitaires, fort estompés d'abord, qui prennent de la valeur par la continuité de leur siège et qui finissent par se préciser. Quant à la radioscopie et à la radiographie, elles ne nous fournissent, en général, que des renseignements insuffisants, qui corroborent, en s'y ajoutant, les résultats de l'examen médical, mais qui ne sauraient lui être substitués.

On ne saurait compter, d'ailleurs, sur une précision mathématique; il ne s'agit pas plus, ici, qu'au crâne, de tracer un point ou

une ligne à la peau, et de dire : incisez là, et vous allez tomber dans le foyer. Comme au crâne, c'est une zone qu'il faut découvrir, et, pour cela, de toute nécessité, il faut faire un thoracotomie très large, relever un lambeau, et réséquer deux ou trois côtes sur une longueur suffisante. Ces excisions costales sont, d'ailleurs, fort avantageuses pour la cicatrisation ultérieure, pleuro-pulmonaire. Si le foyer est vidé, drainé et guérit, le poumon devra se déprimer au même niveau et la paroi suivra.

Dans ces conditions seules, et sous la réserve des contre-indications que nous avons discutées plus haut, l'opération de la gangrène pulmonaire devient utile, bienfaisante et peut donner la mesure de toute sa valeur en permettant d'obtenir des guérisons définitives.

Présentations de malades.

Fracture de la rotule.

M. Walther. — Je vous présente un malade opéré le 15 avril dernier, deux jours après l'accident, par M. le Dr Riche, dans mon service de la Pitié.

Voici les renseignements que m'a fournis M. Riche sur les résultats que lui a donnés l'application de la technique de M. Quénu :

« La fracture est nettement transversale et les deux fragments sont à peu près égaux. Les surfaces de fracture sont recouvertes par des tissus fibreux. L'écartement est de 2 centimètres et le fragment supérieur ne peut être porté plus haut. Pour explorer le cul-de-sac articulaire je sectionne les ailerons rotuliens.

« L'articulation ne contient ni sang ni caillots. Je passe le perforateur à main à travers les fragments de dehors en dedans et entraîne ainsi une anse de fil d'argent de 1 millimètre d'épaisseur. Au fur et à mesure que je tords ensemble les deux chefs de l'anse, la coaptation se fait dentelure pour dentelure.

« J'aurais voulu faire une mauvaise coaptation que cela m'eût été absolument impossible.

« Je place quelques points de catgut sur les ailerons.

« Réunion sans drainage.

« Je me suis borné à faire de l'asepsie pure et n'ai pas hésité à mettre mes doigts dans l'articulation.

« Je dirai même que le blessé, la veille de l'opération, avait

38 degrés et toussait. Cela ne m'a pas paru une contre-indication suffisante. Il a continué à tousser pendant les deux ou trois premiers jours après la suture. »

Fracture de l'humérus. Embrochement du nerf radial. Paralysie totale de ce nerf. Libération du nerf radial douze jours après l'accident. Retour de la motilité.

M. Rochard. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter un malade âgé de seize ans qui, dans un violent traumatisme, eut les deux humérus fracturés, ainsi que l'avant-bras du côté droit. En faisant la seconde application de l'appareil du bras droit, je reconnus une paralysie complète des muscles innervés par le nerf radial. Douze jours après l'accident, je me mis en demeure de vérifier l'état du nerf radial et le trouvai embroché par l'extrémité aiguë du fragment inférieur. Je le libérai; déjà son volume était réduit considérablement; il était de plus un peu adhérent à l'os; je le dégageai avec prudence et me mis en demeure de réséquer la pointe aiguë du fragment osseux.

Déterminant par le fait même de mon intervention l'ouverture du foyer de la fracture, je m'étais proposé de réunir les fragments par application de griffes métalliques, mais je me trouvai en présence d'une réduction suffisante et d'un cal en voie de formation et je laissai les choses en l'état.

Ce malade fut opéré le 22 décembre 1902 et c'est seulement dans les premiers jours de mars qu'apparut le retour de la sensibilité.

Le 20 mars 1903, les mouvements d'extension du poignet sur l'avant-bras commencent à se montrer, et à l'heure actuelle cette extension se fait d'une façon presque complète, ce qui prouve que les nerfs du long supinateur et des radiaux sont régénérés. Il n'y a encore que quatre mois que l'opération a été faite et il n'est pas douteux que les muscles extenseurs ne reprennent bientôt leurs mouvements.

Autoplastie après l'ablation des tumeurs du sein.

M. Michaux. — Je vous présente une malade à laquelle j'ai pratiqué, après l'ablation très large d'une tumeur maligne du sein, une autoplastie par glissement de la région mammaire du côté opposé. Le résultat est bon et cette femme nous montre un sein cyclopéen suivant l'heureuse expression de M. Legueu qui a mis le premier ce procédé en pratique.

M. Quénu. — Je préfère l'autoplastie que j'ai préconisée avec M. Robineau. Elle consiste à prendre un lambeau thoraco-abdominal (1).

M. Legueu. — Mon procédé de transplantation du sein que M. Michaux a employé et qui lui a donné ce beau résultat est destiné à combler d'énormes pertes de substance, non seulement pour les brèches opératoires pour cancer, mais pour un grand nombre d'autres et j'ai pu souvent vérifier combien est avantageuse l'utilisation du sein oposé.

M. Terrier. — Depuis très longtemps, et en particulier depuis que j'ai vu après M. Le Dentu une malade avec récidive d'une tumeur du sein; j'ai fait toujours et facilement l'autoplastie par glissement d'un lambeau thoracique et abdominal. Je préfère cela à la transplantation de la mamelle saine.

M. Reynier. — Comme M. Terrier j'ai fait de larges autoplasties thoraciques avec parfait résultat.

M. Schwartz. — Je m'associe aux précédents orateurs partisans des autoplasties par lambeau thoracique et j'ai pris même des lambeaux dorsaux dans les cas graves, mais dans les cas simples je me contente de greffes de Thiersch, appliquées immédiatement sur les parties cruentées, dont la réunion a été impossible. Ces greffes prennent parfaitement par première intention lorsque l'espace à combler ne dépasse pas les dimensions d'un carré de 4 à 5 centimètres de côté. Je prends de préférence de grandes greffes sur la cuisse, je les juxtapose aussi bien que possible et les enferme sous le pansement compressif qui enveloppe l'opérée en interposant un taffetas stérilisé entre elles et lui.

M. Quénu. — Je répondrai à M. Legueu que c'est précisément dans ces cas graves que je fais l'autoplastie dont je viens de parler.

M. Michaux. — Moi aussi je fais des autoplasties simples, mais dans ce cas spécial je trouvai beaucoup plus facile d'emprunter un lambeau de la région mammaire du côté opposé.

(1) Sur quelques points de technique des amputations du sein. *Revue internationale de thérapeutique et pharmacologie* 1896, p. 303.

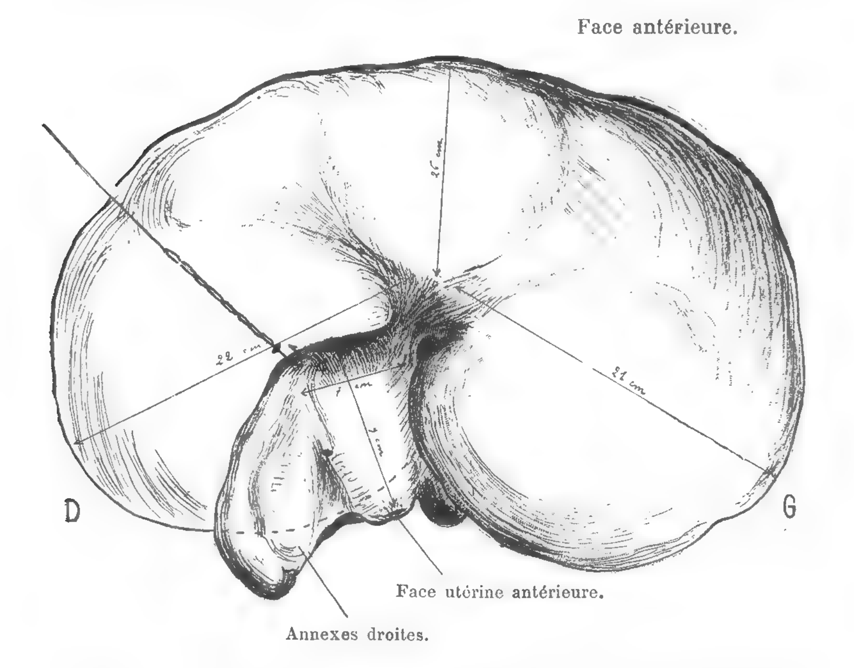
Présentations de pièces.

Torsion intra-abdominale sus-herniaire du grand épiploon.

M. Quénu. — Voici une pièce de torsion intra-abdominale de l'épiploon. Cette torsion s'est faite sur un grand épiploon hernié (hernie inguinale irréductible depuis cinq jours), au-dessus de l'orifice interne du trajet inguinal, dans le ventre par conséquent; je communiquerai l'observation complète dans la prochaine après avoir fait séance, l'examen histologique du pédicule tordu.

Fibrome utérin avec torsion de l'utérus.

M. J.-L. Faure. — Le fibrome que je vous présente est intéressant, non pas par son volume, bien qu'il pèse plus de 11 kilos,

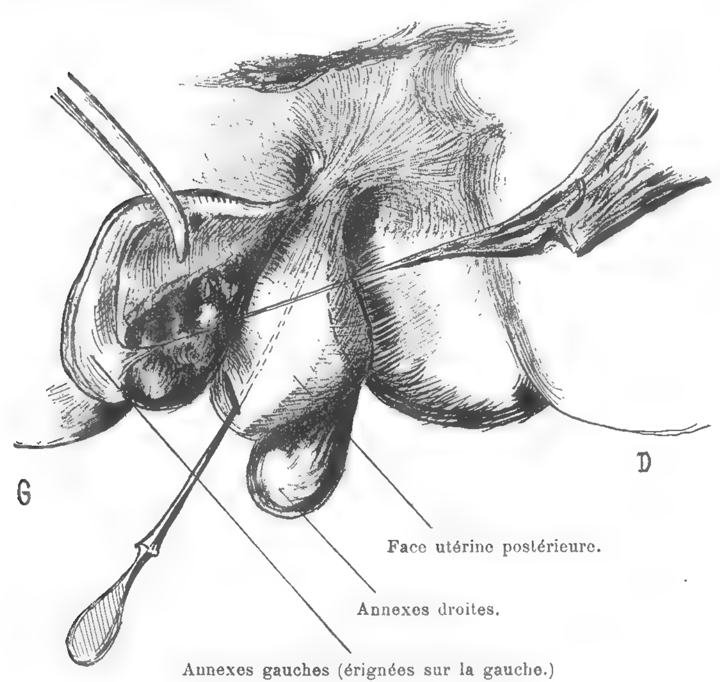


mais par les conditions anatomiques dans lesquelles il s'est présenté.

La malade m'a été envoyée par mon ami le Dr Paquelin avec le diagnostic de fibrome. La tumeur me paraissant indépendante de

l'utérus, et s'étant développée très rapidement, j'étais d'avis qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire. L'événement a montré que c'est le Dr Paquelin qui avait raison et qu'il s'agissait bien d'un fibrome.

Dès l'ouverture du ventre, j'ai aperçu une tumeur énorme recouverte par l'épiploon, adhérente et sillonnée d'énormes artères. En soulevant la tumeur pour gagner son pôle inférieur, j'ai aperçu son pédicule. Ce pédicule assez frêle et à peine du volume



Annexes gauches (érignées sur la gauche.)

d'un gros crayon, la fixait au fond du bassin. Une trompe s'enroulait autour et il paraissait tordu d'un tour de spire environ. Je le sectionnai et j'enlevai la tumeur sans difficultés spéciales, convaincu que j'avais enlevé une tumeur solide de l'ovaire.

C'est seulement en examinant la pièce après l'opération que j'aperçus, caché entre ses deux parties latérales, dans une profonde dépression, l'utérus et les annexes, celles-ci, trompes et ovaires, d'ailleurs malades et kystiques.

Ce que j'avais pris pour un pédicule de kyste ovarique était donc formé par l'isthme utérin et les pédicules vasculaires des annexes tordus et presque complètement atrophiés.

La malade a présenté il y a deux ans une crise très douloureuse. Il est probable que la torsion a eu lieu à cette époque.

L'inflammation consécutive a provoqué les altérations de l'épiploon, les vaisseaux de celui-ci ont pris d'énormes proportions, et ont ainsi formé le développement très rapide de cette tumeur.

M. Quénu. — Je communiquerai un cas semblable, mais je tiens à dire de suite que la suppression des règles ou leur diminution est le premier symptôme de cette torsion.

Présentations d'instruments.

Suture de l'intestin.

M. Bonnier présente : Appareil pour suture longitudinale ; bouton pour suture transversale, modification du bouton de Chaput.

Bandage avec une nouvelle pelote très élastique.

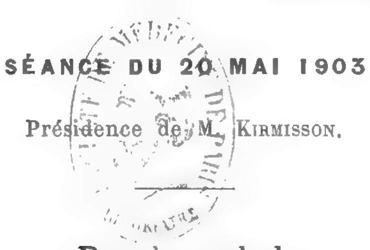
Bandage double à glissière élastique.

Tablier et ceinture pour diminuer la gêne occasionnée par les bandages.

Le Secrétaire annuel,

Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 20 MAI 1903

Présidence de M. Kirmisson.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Picqué qui, souffrant, demande un mois de congé.

3°. — Un travail de MM. Mally et Richon intitulé : *Contribution à l'étude du traitement des affections articulaires traumatiques.* Le travail de MM. Mally et Richon est renvoyé à une Commission dont M. Hartmann est nommé rapporteur.

A propos de la correspondance.

M. Hartmann offre à la Société de chirurgie les *Travaux de chirurgie anatomo-clinique* qu'il vient de publier en un volume, avec la collaboration de MM. Cunéo, Roger, Soupault, Luys, Lecène, Leroy, Prat et Delaage.

M. le Président remercie M. Hartmann au nom de la Société.

A l'occasion du procès-verbal.

Torsion intra-abdominale sus-herniaire de l'épiploon.

M. QUÉNU. — On transporta dans notre service à Cochin le 21 avril, une femme âgée de cinquante et un ans, blanchisseuse, atteinte d'une hernie inguinale gauche irréductible. L'irréductibilité date du 17 avril.

Cette femme avait toujours été bien portante et avait mené à bien six grossesses lorsqu'il y a quatre ans elle vit apparaître, à la suite d'une longue marche, prétend-elle, une tumeur assez volumineuse dans l'aine gauche. Cette tumeur était facilement réduite mais difficilement contenue par un bandage sous lequel elle filait; aussi était-elle assez fréquemment le siège de quelques douleurs ou au moins d'un peu de sensibilité. Le vendredi 17 avril, la malade fut prise de violentes douleurs dans le ventre, accentuées surtout au-dessus du pli de l'aine; elle essaya en vain de faire rentrer sa hernie, elle n'appela le médecin que le lundi 20, lequel médecin s'abstint sagement de tous taxis et conseilla l'entrée à l'hôpital. La patiente s'y décida le lendemain et fut examinée le mardi 21, à cinq heures, par l'interne de service, soit le cinquième jour après l'apparition des accidents. On trouvait alors dans l'aine gauche un tumeur du volume du poing descendant dans la grande lèvre gauche, masse dure, tendue et très douloureuse surtout au-dessus de l'arcade de Falloppe. En regard de ces phénomènes locaux bien accentués, les troubles fonctionnels manquent. Le matin même il y a eu une selle copieuse, les gaz sont facilement rendus, aucun vomissement. Le ventre est souple, sauf à gauche où il se défend. Le pouls et la température n'ont rien d'anormal, la langue est bonne.

Je vis la malade le mercredi matin 22, et décidai de l'opérer immédiatement sans porter d'autre diagnostic que celui d'une épiplocèle inguinale irréductible.

Le sac ouvert, je découvris une masse énorme d'épiploon, infiltrée de sang, ecchymotique, comme noirâtre par places, ressemblant à celles des hernies pour lesquelles on a pratiqué intempestivement un taxis énergique et prolongé; cet épiploon remplit tout le sac, auquel il n'est uni que par de faibles et récentes adhérences; il baigne dans un peu de liquide citrin. Le doigt, passé dans le collet, le trouve peu serré. L'anneau étant incisé de dehors en dedans, nous retrouvons toujours le même épiploon tuméfié et infiltré de sang, cartonneux, et il est impossible, par

une traction douce, d'amener de l'épiploon souple, mobile et sain. Je prolonge l'incision de la paroi abdominale au-dessus de l'orifice inguinal interne : mêmes lésions épiploïques; je prolonge encore l'incision, qui devient une véritable incision de laparotomie latérale, et j'aperçois enfin, à une faible distance du côlon transverse, une portion de grand épiploon normale. Entre celle-ci et celle altérée qui surplombe l'anneau inguinal, il existe un rétrécissement : il est aisé de constater une torsion complète (2 tours) du grand épiploon, torsion effectuée de gauche à droite. Il en résulte qu'on trouvait successivement :

Une portion d'épiploon intrasacculaire altérée;

Une portion intrapariétale peu serrée, mais altérée;

Une portion sus-herniaire encore altérée;

Le point tordu, et enfin l'épiploon sain.

Le grand épiploon fut réséqué au-dessus de la torsion, la paroi abdominale soigneusement suturée et le sac herniaire réséqué. Les suites furent simples et la malade quitta le service moins d'un mois après.

J'ai présenté la pièce dans la dernière séance; j'ajoute ici l'examen histologique du pédicule, qui a été fait par mon chef de laboratoire, le Dr Landel.

Hernie épiploïque à pédicule tordu. Examen histologique.

1° *Coupes à la partie supérieure du pédicule.* — Tous les vaisseaux contiennent une quantité plus ou moins considérable de sang. — Les artères ont conservé leur forme et leur calibre. Certaines sont spiralées. Toutes restent perméables, mais dans quelques-unes on remarque à la périphérie de leur lumière un début de thrombose.

Les autres vaisseaux sanguins sont remplis de globules rouges, mais non thrombosés.

Il y a de petites hémorragies dans le tissu cellulaire.

2° *Coupes à la partie moyenne du pédicule.* — La plupart des gros vaisseaux sont aplatis; les parois internes sont accolées; ces vaisseaux sont vides et ne paraissent pas perméables. Les veines de petites dimensions et les capillaires sont dilatés par les globules sanguins; quelques-uns présentent un début de thrombose; d'autres sont entourés par une zone d'éléments inflammatoires. Exsudat hémorragique interstitiel d'autant plus abondant qu'on se rapproche davantage de l'extrémité inférieure du pédicule. On trouve aussi dans le tissu interstitiel des îlots inflammatoires.

3° *Coupe à la partie inférieure du pédicule.* — Les artères ont repris leur forme, mais sont vides. Les veines et les capillaires sont au contraire distendus par des globules rouges au milieu desquels on trouve une quantité anormale de leucocytes; certains même paraissent en

voie de thrombose. Le tissu cellulaire est complètement infiltré par les globules rouges.

La torsion intra-abdominale du grand épiploon paraît constituer un accident rare des hernies ; si on pense en effet au nombre immense des hernieux on ne peut être que frappé du petit nombre d'observations de torsion publiées. MM. Vignard et Giraudeau (1) qui ont tout dernièrement fait une excellente étude de la torsion intra-abdominale du grand épiploon n'en ont réuni que 20 cas. Nous retracerons parmi les caractères communs qu'ils ont signalés le siège inguinal de la hernie, son ancienneté, sa réductibilité habituelle, l'absence d'intestin dans le sac, le peu de constriction au niveau du trajet. De même que dans les 20 observations publiées le diagnostic n'a pas été fait ; il ne semble pouvoir l'être qu'au cours de l'opération, mais alors il est essentiel d'y songer et de n'arrêter son incision de la paroi que lorsqu'on est arrivé sur de l'épiploon sain, car sinon on se bornerait à réséquer l'épiploon intrasacculaire et on laisserait une masse altérée dans le ventre ; c'est là le côté véritablement intéressant et pratique de cette complication herniaire peu connue et c'est ce qui m'a engagé à vous communiquer tout au long mon observation.

Embolie dans l'appendicite.

M. Jalaguier. — Notre collègue M. Le Clerc (de Saint-Lô) nous a envoyé une observation d'embolie pulmonaire mortelle au cours de l'évolution d'une appendicite non opérée. Je vous demande la permission de vous rapporter brièvement trois cas d'embolie observés par moi récemment, chez des malades opérés d'appendicite.

Le premier cas a trait à un jeune homme de seize ans, que j'ai vu avec mon collègue et ami Moizard. Je l'opérai le 15 mars dernier d'un volumineux abcès pelvien et d'un abcès développé au-dessus de l'arcade crurale gauche.

L'appendicite durait depuis seize jours, et avait semblé d'abord devoir se terminer par résolution.

Le 20 mars, l'enfant paraissait hors de danger. Dans la nuit du 20 au 21, il eût une hémorragie assez abondante qui fut arrêtée par un tamponnement. A 8 heures du matin, j'endormis l'enfant, j'enlevai les caillots ; l'hémorragie ne se reproduisit pas ;

(1) *Archives provinciales de chirurgie*, n° 206, avril 1903.

je plaçai un nouveau tamponnement avec l'aide de mon ami Walther.

Le soir, tout allait bien et je pensais que cet incident n'aurait aucune suite. L'enfant s'endormit; à deux heures du matin, il demanda à se rincer la bouche et pria l'infirmier qui le veillait de changer un coussin qu'il avait sous les jambes. Brusquement, il se cyanosa et mourut sans pousser un cri.

Deux jours plus tard, le 23 mars, j'observai un autre cas d'embolie pulmonaire, non mortel, celui-ci, chez une femme de quarante-huit ans atteinte d'appendicite, et chez laquelle j'avais ouvert un volumineux abcès sous-hépatique et pré-rénal.

La maladie durait depuis treize jours.

L'opération avait eu lieu le 19 mars, avec l'assistance des Drs Lataste et Tollemer. Les suites avaient été très simples quand, le 23 mars, la malade fut prise d'un frisson, d'un violent point de côté à gauche avec dyspnée intense. Les signes d'embolie se manifestèrent avec la plus grande netteté : crachats hémoptoïques, menace de pleurésie purulente, etc. Enfin, expectorations gangreneuses. Ces accidents durèrent quinze jours, puis la guérison se fit complètement.

Le 24 mars, j'opérai à froid un jeune homme de vingt-trois ans, atteint d'appendicite à rechutes. Mon ami Doléris assistait à l'opération.

L'intervention fut des plus simples, et les suites absolument normales, sans la moindre élévation de température jusqu'au onzième jour.

Le 4 avril, dans la nuit, le jeune homme fit une embolie typique du poumon droit. Ces accidents ont été soignés par mon ami le Dr Bourges.

La guérison se fit rapidement.

Voilà donc en quinze jours, trois cas d'embolie pulmonaire observés par moi sur des malades opérés d'appendicite. Sur des centaines de cas d'appendicite que j'ai vus depuis quelques années, c'est la première fois que j'observe cet accident. Je me demande s'il n'y a pas là le résultat d'une infection spéciale, de virulence particulière. Du reste, jamais je n'ai observé de cas aussi graves, aussi manifestement infectieux que ceux qui se sont présentés dans ces derniers mois.

M. Guinard. — J'ai observé un certain nombre de faits de phlébites et d'embolies au cours de l'appendicite opérée ou non. Tous ces faits sont consignés dans la thèse récente d'un de mes élèves, le Dr Petit, sous le titre suivant : « De la mort subite dans l'appendicite. »

M. Tuffier. — J'ai observé une seule fois la mort subite par embolie, à la suite d'une opération pour appendicite. Il s'agit d'un jeune homme que j'ai opéré à la Pitié en 1898, et qui n'avait, au cours de l'évolution de la maladie, présenté aucun symptôme particulièrement grave; l'opération avait consisté en une ouverture d'un foyer purulent iliaque, et les suites opératoires avaient été des plus bénignes; trois jours après l'opération, au cours de ma visite quotidienne, je venais de dépasser le lit de ce malade après m'être enquis de son état, qu'il déclarait lui-même parfait, lorsque je fus subitement appelé par la surveillante restée un instant auprès de lui. J'eus à peine le temps de retourner sur mes pas, le malheureux était mort. Toutes mes tentatives pour le ranimer sont restées vaines, et à l'autopsie nous trouvâmes un caillot ancien dans la branche droite de l'artère pulmonaire.

M. Quénu. — Je voudrais demander à mon ami Jalaguier quel a été, à son avis, la voie intermédiaire entre l'appendicite et l'embolie pulmonaire; il faut une veine de la circulation générale; personnellement je n'ai pas observé d'embolie à la suite d'opération sur l'appendice, mais deux fois j'ai observé la thrombose de la veine fémorale gauche; j'insiste sur ce fait la veine *fémorale gauche*, une fois chez un opéré d'appendicite aiguë, une fois chez un malade atteint d'appendicite aiguë et non opéré.

Mon ami Jalaguier semble avoir voulu établir une corrélation entre la gravité de certaines épidémies d'appendicite et la fréquence des embolies. Si je m'en rapporte aux cas d'embolie que j'ai observés à la suite d'opérations abdominales pour fibromes, salpingites ou kystes ovariques, cette opinion serait peut-être contestable. Les rares cas d'embolies postopératoires que j'ai vus ont été observés par moi chez des opérées de cas simples, sans phlébite des membres, au cinquième ou septième jour, rapportées dans la salle, avec des suites opératoires aussi bonnes que possible; l'une d'elles, opérée d'une salpingite, mangeait une côtelette à dix heures du matin et me souriait à mon passage devant son lit. Un quart d'heure après elle lisait son journal; tout d'un coup, elle tomba le nez sur son journal et mourut sans pousser un seul cri; je suis tenté de croire que la facilité qu'ont les thromboses à se désagréger (en dehors des cas de septicité manifeste), tient à une sorte de prédisposition personnelle, aux propriétés du sang et des vaisseaux chez certains malades, plutôt qu'à une cause extérieure à l'organisme.

M. Routier. — Tout récemment, et à peu près à la même époque que mon collègue et ami Jalaguier, j'ai perdu brusque-

ment, et à coup sûr par le fait d'une embolie, un jeune confrère américain que j'avais opéré quinze jours avant pour une crise d'appendicite.

Le 24 mars, à 5 heures du soir, je voyais ce malade pour la première fois; il avait eu la veille une douleur abdominale subite, mais légère; il avait un estomac très difficile, qu'il soignait depuis longtemps; il se purgea et avait eu des selles et des gaz dans la nuit.

Il était resté au lit depuis le matin avec de la glace sur le ventre, et avait bu du lait en assez grande quantité; la langue était bonne, le ventre souple à gauche, avec une légère défense musculaire à droite et une douleur à la pression au point de Mac Burney. Il avait 36°8 et 76 pulsations.

C'était évidemment une crise d'appendicite, mais si légère, que, de concert avec son frère qui, lui aussi, était médecin, nous fûmes d'avis d'attendre et d'opérer sous peu.

Mais la nuit fut mauvaise, la douleur se réveilla; le mercredi matin il avait 38°2 et 92 pulsations; nous décidâmes l'opération qui eut lieu à 11 heures.

L'opération fut des plus simples; l'appendice libre était en tire-bouchon, rouge lie de vin avec deux plaques de sphacèle et très peu de liquide louche autour.

Cependant, je plaçai un drain et deux mèches de gaze: la température descendit de suite à 36°8 pour ne plus remonter.

Le lendemain, j'enlevai drain et mèches; huit jours après, j'enlevai la suture, la réunion était complète et parfaite.

Le malade allait parfaitement; il eut cependant, le 4 avril, une violente douleur dans le côté gauche de la poitrine avec un peu d'oppression, sans élévation de température, sans crachats, sans signes à l'auscultation; nous pensâmes à une névralgie intercostale; la douleur disparut le lendemain.

Tout allait bien, et nous croyions tous le malade guéri; lui-même se trouvait si bien qu'il voulait se lever et quitter la maison de santé le quinzième jour; je lui demandai de rester encore au lit huit jours. Ceci se passait le mercredi matin, quinze jours par conséquent après l'opération.

Le soir, à 9 heures, il était très bien, causa avec la sœur qui vint lui donner les soins pour la nuit; une demi-heure après, il sonnait et la sœur le trouvait étouffant; il mourut en deux minutes.

Il est certainement difficile d'expliquer cette embolie mortelle vu l'attaque d'appendicite qui a été relativement légère, bien que l'appendice portât deux plaques de gangrène. J'en dirai autant à propos des cas de phlébite que j'ai observés à la suite d'opérations d'appendicite.

C'est surtout à gauche que j'ai observé ces phlébites, qui ont

certes évolué comme de vraies *phlegmatia alba dolens*, et c'est dans des cas légers d'appendicite que je les ai observés.

J'avoue que leur pathogenèse m'échappe.

M. Broca. — Je suis, sur cette question, de l'avis de M. Quénu. Je ne crois pas qu'il y ait relation entre la gravité des cas d'appendicite et la production possible d'une embolie. En effet, j'ai opéré des appendicites de toute gravité, et jamais je n'ai observé de mort subite pouvant être attribuée à une embolie. Mais une fois j'ai vu une de ces phlébites que vient de signaler Quénu, chez une femme de vingt-huit ans, que j'ai opérée pour appendicite non suppurée, et qui n'a pas suppuré après l'opération ; cette phlébite siégea à gauche et débuta plus de quinze jours après l'intervention, la plaie étant cicatricée. Elle ne fut pas suivie d'embolie.

Cela est-il spécial à l'appendicite? Je ne le crois pas, car on observe des fait analogues après n'importe quelle opération, et parmi mes opérés je n'en ai vu qu'un succomber subitement, dans des conditions qui doivent faire songer à l'embolie. Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans, à qui j'avais fait la cure radicale d'une hernie crurale droite et d'une hernie inguinale récidivée avec cystocèle. Vers la troisième semaine, cette femme eut une légère phlébite de la veine fémorale droite, les plaies n'ayant d'ailleurs pas suppuré. Après une quinzaine de jours cette malade, fort indocile, voulut, malgré la défense, se lever : à peine avait-elle mis le pied hors du lit qu'elle mourut subitement.

M. Rochard. — J'ai eu pour ma part l'occasion d'observer un cas de mort par embolie, mais cette fois chez un malade qui n'avait pas été opéré.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans auprès duquel je fus appelé il y a deux ans. Il avait eu une attaque d'appendicite sérieuse sans être très grave. Au moment où je vis le malade, la température tombait, la fosse iliaque était moins douloureuse et moins tendue; il n'y avait pas la moindre trace de phlébite. Je conseillai le traitement par la diète, la glace, le repos, etc. L'état alla en s'améliorant de jour en jour. La température était depuis longtemps normale, quand, vers le deuxième jour, son médecin fut appelé la nuit, et le trouva mourant. Il avait été atteint d'une embolie pulmonaire.

M. Hartmann. — Comme nos collègues Quénu et Broca j'ai eu l'occasion d'observer cette année, au cours d'une appendicite non opérée, une phlébite de la veine fémorale gauche avec thrombose. Il est évident, comme le disait il y a un instant M. Quénu, qu'il ne s'agit pas de propagation d'une phlébite appendiculaire les veines de

l'appendice arrivant à la veine porte. Il y a migration microbienne dans le système circulatoire général, et si les phlébites sont généralement à gauche, cela tient peut-être à une condition anatomique les *veines du membre fémoral gauche* ayant une circulation un peu plus gênée par suite de ce fait qu'elles aboutissent à la *veine cave située à droite*.

M. Schwartz. — J'ai pu observer deux fois la phlébite dans le cours d'appendicite : une fois à la suite d'une intervention, une fois dans un cas non opéré.

Il s'agissait dans le premier cas d'un confrère atteint d'appendicite à rechutes que j'opérai en décembre 1901 ; dans les dix jours qui suivirent l'opération, qui avait été très simple, l'opéré fut pris de signes d'embolie pulmonaire, puis de phlébite en fer à cheval des deux membres inférieurs. L'opéré a guéri lentement, mais parfaitement; dans le second, c'était un jeune homme atteint d'une appendicite aiguë sérieuse qui ne fut pas opéré. Il eut une phlébite de la veine fémorale gauche dont il guérit encore.

M. Paul Reynier. — Je viens ajouter à tous les cas qu'on vient de citer d'embolie au cours d'appendicite l'observation suivante. J'ai eu cette année, à opérer une jeune femme de trente ans environ, pour un abcès bien localisé, rétro-cæcal, dont la cavité s'étendait jusqu'à la colonne vertébrale, sous la masse intestinale. J'ouvris cet abcès le douzième jour de l'affection. Il me fut facile d'arriver dans le foyer; il n'y eut aucun accident. La température baissait le lendemain. Quarante-huit heures après, la malade mourait subitement d'embolie. C'est le seul cas que j'ai eu à observer de ce genre.

M. Brun. — Qui dit mort subite ne dit pas toujours mort par embolie. Dans les différentes observations qui viennent de vous être présentées, il manque le contrôle anatomique.

C'est ainsi que j'ai vu, chez une enfant atteinte d'appendicite en voie de refroidissement, la mort survenir brusquement, sans que j'aie pu trouver l'intermédiaire entre son affection et cette issue fatale s'est-il agi d'une embolie, c'est possible, mais je n'oserais l'affirmer.

Pour ce qui est de la thrombose fémorale j'en ai aussi observé un cas, également à gauche, et à cet égard, contrairement à la conduite qu'a tenue M. Le Clerc, qui a attendu la guérison de la phlébite pour opérer, je suis intervenu, pour mettre un terme aux accès répétés de cette phlébite gauche et mon opération a été suivie d'un plein et rapide succès, si bien que je poserai volontiers cette conduite comme une règle.

M. Walther. — Je n'ai jamais observé d'embolie pulmonaire au cours de l'appendicite.

Mais assez souvent j'ai vu des phlébites; et si j'en parle, c'est que presque toujours ces phlébites se sont présentées avec les mêmes caractères. Je les ai rencontrées presque exclusivement dans les appendicites chroniques, ou les appendicites légères avec infection intestinale persistante, soit avant, soit après l'opération. Elles siègent presque toujours du côté gauche, commencent d'ordinaire à la face interne du mollet, remontent plus ou moins haut sur la saphène. Elles déterminent un œdème léger, se caractérisent par une douleur sur le trajet de la veine, parfois une très légère rougeur, s'accompagnent d'une élévation modérée de température, et guérissent en général très rapidement. Elles m'ont semblé presque constamment se montrer chez des sujets variqueux et être sous la dépendance plutôt de l'infection de l'intestin que de l'appendicite. Elles sont analogues à ces phlébites légères qu'on voit survenir chez les variqueux obligés à un repos prolongé au lit et ayant une infection quelconque.

M. Broca. — En entendant M. Rochard parler de phlébite chez des malades atteints d'appendicite et non opérés, je me suis souvenu d'un homme de quarante-huit ans, qui fut pris en décembre 1901 d'une appendicite avec infection générale extrêmement grave, la réaction péri-appendiculaire étant très légère, sans empâtement, sans menace d'abcès. Ce malade guérit sans avoir été opéré, malgré une parotidite double, qui se vida spontanément par le canal de Sténon, malgré un ictère avec gonflement du foie, malgré une néphrite avec albuminurie. Puis, quand tout cela fut calmé, il souffrit d'un peu de phlébite variqueuse des deux jambes, avec envahissement léger de la veine fémorale; et au quarante-cinquième jour, nous crûmes qu'on pouvait lui permettre de se lever : d'où une embolie pulmonaire fort grave, dont il guérit; et peu après, il en eut une autre dont il guérit encore.

Les faits de ce genre sont-ils spécialement « appendiculaires »? Cela ne me paraît pas probable en raison, d'abord, de la rareté des observations semblables au cours de l'appendicite grave, de leur similitude avec les phlébites vues au cours de n'importe quelle maladie infectieuse, en raison, enfin, de la complexité des phénomènes infectieux chez le malade dont je viens de parler.

M. Jalaguier. — Je me serai mal expliqué; je n'ai pas voulu dire, que ces embolies étaient en rapport avec la gravité des appendicites elles-mêmes. En effet, deux de mes opérés avaient des appendicites suppurées circonscrites de gravité moyenne,

et le troisième avait été opéré à froid d'une appendicite très simple. Je me suis demandé si la coïncidence de ces trois cas d'infection veineuse et d'embolie, *observés en quinze jours*, ne pouvait pas s'expliquer par une infection spéciale, infection à laquelle il y aurait peut-être lieu de rattacher également la gravité des appendicites observées à Paris depuis le mois de janvier.

A M. Brun, je répondrai que je n'ai pas fait l'autopsie du malade que j'ai perdu, mais qu'il avait souffert à gauche, au niveau du pli de l'aine, depuis quelques jours; enfin, que les veines sous-cutanées abdominales étaient un peu dilatées de ce côté. Quant aux deux autres malades, le diagnostic d'embolie pulmonaire ne saurait être mis en doute.

De la gangrène pulmonaire au point de vue chirurgical.

M. Tuffier. — J'ai cherché à établir les difficultés du diagnostic de la gangrène pulmonaire dans une série de mémoires (1) qui tous se sont terminés par cette conclusion que nos efforts en chirurgie pulmonaire doivent beaucoup plus se porter *vers la précision du diagnostic* que vers la thérapeutique. J'ai montré la fréquence et la gravité de nos erreurs en ce qui concerne le diagnostic de siège, de volume, de forme, de nombre des foyers ces notions sont cependant nécessaires et indispensables à un traitement efficace. J'ai insisté au point de vue de la technique opératoire sur la nécessité de la thoracotomie large qui rend l'exploration plus facile le drainage plus efficace la cicatrisation pulmonaire plus rapide, et sur le danger des interventions en face d'une plèvre libre non adhérente. J'ai dit que le traitement de ces gangrènes ne devait pas être envisagé au seul point de vue opératoire, et que ses résultats à longue portée étaient les seuls désirables et les seuls capables de prouver la valeur de notre intervention. Mon collègue Lejars a confirmé ces données et je n'ai qu'à l'en remercier.

Partant de ces principes, que je considérais et que je considère comme établis, reçus et classés, je désire aujourd'hui aller un peu

(1) Tuffier. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 13 nov. 1895. — Xe Congrès français de chirurgie, Paris 1896, p. 384. — XIIe Congrès international de médecine, Moscou, 1897, p. 5. — *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1899, p. 114. — *Revue de Chirurgie*, 1901, p. 121. — XIIIe Congrès international de médecine, 1900, *Section de pathologie générale.*

Voyez également les *Thèses* de mes élèves : Villière, 1898, Dutar, 1899.

plus loin et envisager à la lumière des faits que j'ai observés l'indication et le pronostic opératoires, c'est-à-dire *la cause de nos échecs* ou de nos succès dans la chirurgie de la gangrène du poumon.

Un premier fait certain, c'est qu'il existe des gangrènes pulmonaires curables spontanément ou grâce à des soins médicaux appropriés : ce sont les gangrènes à foyers se drainant parfaitement par les voies naturelles ; et l'intervention chirurgicale ne se justifie que dans les cas où ce *drainage naturel*, *bronchique*, se montre insuffisant et doit être remplacé par un drainage artificiel mieux conditionné. L'indication primordiale de notre intervention opératoire dans les gangrènes pulmonaires, c'est donc l'insuffisance du drainage naturel; mais à côté de cette indication, il en est d'autres tirées de la nature de la gangrène, et j'ai déjà insisté jadis non seulement sur l'inutilité, mais encore sur la gravité de l'intervention dans les gangrènes broncho-pneumoniques diffuses.

Si les indications et le pronostic opératoires diffèrent suivant la nature, c'est-à-dire *suivant la cause et la forme de la gangrène pulmonaire*, il est bien plus important encore, pour le pronostic éloigné, de savoir faire cette distinction étiologique entre les diverses formes de gangrène pulmonaire. Là, en effet, réside tout le secret de la guérison définitive de nos opérés. Laissant de côté les bronchopneumonies gangreneuses diffuses, auxquelles il ne faut pas toucher, il me semble qu'au point de vue thérapeutique il faut établir une différence très nette entre : 1° les gangrènes pulmonaires aiguës, métapneumoniques, avec pleurésie de voisinage, interlobaire ou non; 2° les gangrènes pulmonaires succédant à des ectasies bronchiques multiples et chroniques; Peut-être aussi faudrait-il distinguer les gangrènes pulmonaires par corps étranger du poumon, et j'entends sous ce nom, non pas seulement les corps étrangers vrais inorganiques (os, brins d'herbe, etc.) ou inorganiques (végétations adénoïdes du pharynx aspirées au cours d'un raclage), mais aussi certains liquides introduits accidentellement dans les alvéoles pulmonaires (par exemple à la suite d'une immersion ou pendant un sommeil anesthésique imparfait avec vomissements). Cette dernière classe peut cependant rentrer dans les deux catégories aiguës et chroniques que je viens de séparer.

Les gangrènes pulmonaires aiguës chirurgicales, métapneumoniques sont généralement superficielles, et leurs foyers communiquent souvent avec un ou des foyers pleuraux interlobaires secondaires; c'est sur ces derniers que porte le bistouri du chirurgien qui a ainsi l'illusion d'avoir ouvert un foyer intra-pulmonaire. J'ai observé cette disposition plusieurs fois et tous mes malades ont guéri. On pourrait m'objecter que dans ces cas, il ne s'agissait

peut-être pas de gangrène pulmonaire, mais de pleurésie interlobaire simple : je répondrai que dans deux de ces cas au moins, l'étiologie, la marche de la maladie et les signes stéthoscopiques avaient été étudiés par des praticiens comme Potain, Jules Simon, Dieulafoy, qui n'avaient pas hésité à diagnostiquer de la gangrène pulmonaire primitive. Je répète que ces gangrènes aiguës, généralement superficielles compliqués de pleurésie gangreneuses, guérissent facilement et complètement dès qu'elles sont convenablement drainées, et je n'hésite pas à ranger dans cette catégorie le cas de ce malade, jeune médecin de demain, que nous a présenté ici M. Lejars dans la dernière séance.

Il en est autrement, et le pronostic opératoire éloigné est beaucoup moins favorable, dans les cas de gangrène pulmonaire chronique par bronchiectasie ou par corps étranger du poumon. Dans ces cas, l'ouverture du ou des foyers et le drainage plus ou moins prolongé finissent sans doute souvent par une guérison opératoire, c'est-à-dire par une oblitération de la fistule thoracique et une diminution plus ou moins considérable dans l'expectoration purulente. Mais dans ces poumons atteints de lésions chroniques, invétérées, la guérison ne se fait jamais complètement : les malades continuent ou recommencent tôt ou tard à tousser et à cracher plus ou moins et l'auscultation permet de constater que les foyers primitifs ne sont pas éteints.

Depuis, la publication de la thèse de Villière en 1898, ma statistique d'opérations pour gangrène pulmonaire (1) s'est augmentée de 11 cas nouveaux : 4 se sont terminés par la mort (2 par hémorragies secondaires foudroyantes dans des foyers chroniques, 1 par abcès cérébral, 1 par septicémie ayant continué à évoluer après l'intervention); 7 ont guéri de l'opération, mais, sur ces 7 cas, je ne compte que 2 guérisons définitives (gangrènes pulmonaires avec pleurésie interlobaire); les 5 autres malades très largement améliorés présentent toujours des symptômes pulmonaires subjectifs et objectifs qui empêchent de les considérer comme définitivement guéris si nous entendons sous cette dénomination la restitution *ad integrum*.

M. Walther. — Je ne veux faire qu'une courte observation à propos de ce que vient de dire notre collègue Tuffier. Il pense que le malade que nous a présenté M. Lejars était atteint de pleurésie interlobaire et a eu consécutivement un foyer gangreneux du lobe inférieur. Je ne le crois pas. J'ai vu le malade de M. Lejars. Il a été dans mon service, à la Pitié, au mois d'octobre dernier.

(1) Tuffier. *Revue de Chirurgie*, 10 août 1901, p. 121.

Je l'ai examiné longtemps et n'ai rien trouvé qui ressemblât à une pleurésie interlobaire. Il avait au début de son séjour à la Pitié une température élevée, à grandes oscillations, une expectoration abondante et fétide; l'auscultation et la percussion ne dénotaient que des lésions à la base du poumon, de la submatité, de la diminution du murmure vésiculaire, aucun signe cavitaire. L'examen radioscopique, la radiographie montraient une zone obscure à la base du poumon. Mon ami M. Béclère, qui avait déjà vu notre jeune confrère à Saint-Antoine et voulut bien venir l'examiner encore dans mon service, M. le Dr Sergent, qui le suivait avec grand intérêt, ne constatèrent eux non plus aucun signe cavitaire et rien autre chose que cette submatité diffuse à la base du poumon.

En l'absence de tout signe cavitaire, l'état général s'améliorant, la température diminuant et l'expectoration devenant moins fétide, je me refusai à intervenir, et au bout de quelque temps le malade quitta mon service.

Ce n'est que plus tard, nous a dit M. Lejars, qu'apparurent les signes cavitaires qui indiquèrent l'intervention. Je ne pense donc pas qu'il s'agisse là d'une pleurésie interlobaire puisque les lésions semblent avoir progressé de bas en haut et qu'à aucun moment nous n'avons trouvé ni souffle, ni obscurité à l'examen radioscopique au niveau de la scissure interlobaire.

Rapport.

Lithiase biliaire. Calcul enclavé dans le cholédoque. Cholédocotomie et cholécystostomie. Guérison, par M. le Dr ARDOUIN (de Cherbourg).

Rapport de M. A. GUINARD.

Dans la séance du 1er octobre 1902, j'ai été chargé de faire un rapport sur une observation lue à cette tribune par M. le Dr Ardouin, de Cherbourg.

Il s'agit d'un menuisier de vingt-huit ans, sans antécédents personnels ou héréditaires à souligner spécialement. En février 1899, il est pris, pendant son service militaire, d'un « embarras gastrique fébrile ». Ces poussées fébriles, avec pesanteur gastrique après les repas, se renouvelèrent deux fois. En mars 1900, ces crises gastriques, soignées par le Dr Le Duigou, s'accompagnèrent de vomissements alimentaires. « L'appétit est

conservé, le malade mange bien, puis, au bout de trois ou quatre heures, il est pris de pesanteurs et de crampes d'estomac. De temps en temps, pour faciliter le vomissement qui le calme, il absorbe de l'ipéca. Pas d'éructations, pas d'aigreurs. Il a la sensation de fièvre avec frissons, bien que le médecin ne constate aucun état fébrile appréciable. A l'examen, on note une sensibilité extrême de la paroi abdominale : les muscles droits se contractent avec violence au moindre attouchement et rendent l'exploration presque impossible. »

Pendant sept mois, le traitement médical atténue un peu les symptômes, mais, en octobre 1900, en décembre, en février, en juin 1901, surviennent des crises douloureuses d'une violence extrême. Le lavage de l'estomac calma les premières seulement, et on s'aperçut alors qu'il s'agissait de coliques hépatiques : la douleur s'était localisée plus à droite, et les selles étaient décolorées, bien qu'il n'y eût pas d'ictère qui se montra seulement le 14 octobre 1901, après une série de crises quotidiennes très douloureuses et calmées par les injections de morphine. Le malade est incessamment tourmenté par des douleurs qui « le pousseraient au suicide », et, comme il vomit tout ce qu'il ingère, l'amaigrissement est pour ainsi dire suraigu. C'est dans ces conditions que M. Ardouin examine le malade. Le foie dépasse le rebord costal de quatre travers de doigt, et la douleur est bien localisée « à droite au-dessous du foie ». Bien que l'obstruction du cholédoque ne soit pas complète, puisque l'ictère a notablement diminué, les selles étant redevenues colorées et l'urine s'étant éclaircie, M. Ardouin proposa immédiatement une opération à cause « de la rapidité de l'amaigrissement dû à l'absence d'alimentation et à la douleur ».

Le 28 octobre 1901, M. Ardouin, aidé des Drs Le Duigou et Hubert, fait une incision le long du bord externe du droit; « le foie est parsemé d'un piqueté blanchâtre, dit-il, dont chaque point a la forme d'une étoile ». La vésicule n'est pas distendue, mais ses parois sont épaissies et souples : elle a le volume d'un œuf de pigeon. Ici, je cite textuellement : « En avant de l'hiatus de Winslow, je sens, dans le cholédoque, un calcul arrondi, gros comme une petite noix, et j'en trouve un autre plus petit, à l'extrémité du canal cystique. Je sectionne deux brides péritonéales qui m'empêchent d'attirer un peu le cholédoque. Je prends ce dernier à l'aide de l'index et du médius gauches placés en arrière et du pouce, et je l'incise dans le sens de sa longueur sur le calcul... Avant même d'avoir extrait le calcul et pendant que le canal est encore distendu par lui, je tente de passer dans sa paroi quelques soies fines à l'aide d'aiguilles de Hagedorn. » Avec la spatule,

M. Ardouin put extraire les deux calculs : celui du cholédoque pesait 4 gr. 50 une fois desséché ; il est friable, « mûriforme, formé d'une agglomération de minuscules graviers ». Enfin, pour terminer l'opération, M. Ardouin fait sur l'incision du cholédoque « un surjet au catgut fin, guidé par un morceau de sonde rouge momentanément introduit dans le canal ». Drain entre deux mèches de gaze stérilisée. Cela fait, M. Ardouin fixe le fond de la vésicule à la paroi abdominale, et fait une cholécystostomie « pour drainer les voies biliaires », ajoute-t-il.

Il n'y eut aucun incident fâcheux consécutif. Les selles se décolorèrent et la bile s'écoula en totalité par la bouche vésiculaire et le drain du cholédoque. Puis, dans chaque pansement on trouva des quantités de petits calculs hépatiques, presque noirs, gros comme des têtes d'épingles et à facettes. Le 15 novembre, les selles, toujours blanchâtres, contenaient aussi nombre de petits calculs semblables. Enfin le 17 novembre les selles devinrent colorées, et le 23 novembre tout était rentré dans l'ordre. Deux mois après, le malade avait engraissé de 8 kilogrammes. Il resta une fistulette biliaire jusqu'au mois de juillet suivant. Actuellement, le foie a repris son volume normal : aucune douleur ne s'est manifestée et le malade a repris son travail.

Comme on le voit, il s'agit d'un fait nouveau à ajouter à tous ceux qui ont été présentés à cette tribune par MM. Schwartz, Michaux, Potherat, etc., sur la chirurgie du canal cholédoque. J'en ai moi-même publié le 18 décembre 1901 une observation dans nos bulletins. Dans les réflexions dont M. Ardouin fait suivre son observation, je vois que notre confrère insiste sur l'utilité en pareil cas de faire la cholécystostomie, ainsi que l'a bien montré « le passage de petits calculs hépatiques par l'orifice ». Je crois pour ma part que ces petits calculs seraient sortis tout aussi bien par le drainage du cystique et du cholédoque et je crois que la cholécystostomie en pareil cas n'est pas nécessaire.

M. Ardouin a constaté de plus très nettement que le traitement médical préconisé par M. Chauffard (salicylate et benzoate de soude, huile de Harlem) rendait la bile plus fluide et plus abondante. Le fait est intéressant à noter.

Enfin, ce qui a frappé M. Ardouin, c'est « la difficulté du diagnostic au début. J'ajouterai que le diagnostic est des plus malaisés, non seulement au début, mais même au cours de l'opération, alors que la cavité abdominale est largement ouverte. La main sous le foie, on se demande parfois si l'on a affaire à un cancer ou à de la lithiase, et, même après avoir conclu *de visu* à un cancer, on peut avoir par la suite un démenti du fait de la survie

prolongée de l'opéré. Je trouve dans mes observations personnelles un fait bien typique à cet égard.

Mme L..., âgée de cinquante ans souffrait depuis dix ans de coliques hépatiques, lorsqu'elle fut prise en février 1901 d'ictère avec décoloration des fèces. Pendant onze mois cet ictère résista à tous les traitements prescrits successivement par MM. Gilbert et Albert Robin. Le 2 février 1902, mon ami le Dr Martinet m'amène cette malade qui souffre presque incessamment et dont l'ictère variable dans son intensité n'a jamais disparu complètement depuis un an. Le bord du foie arrive à l'ombilic et on perçoit nettement à droite une tumeur mobile qui touche au foie et qui n'est autre qu'un rein flottant. Le 11 février je fais une laparotomie en dehors du droit. La vésicule a complètement disparu, et ce n'est qu'en me guidant sur les connexions anatomiques de la fossette cystique que j'arrive à découvrir un petit magma fibreux collé sous le foie : c'est tout ce qui reste de la vésicule. Au niveau de la tête du pancréas, je trouve une masse scléreuse du volume d'une mandarine englobant tous les organes de la région. Je pensai aussitôt à un cancer de la tête du pancréas obstruant le cholédoque bien que la loi de Courvoisier indiquât ici, par la disparition de la vésicule, une lithiase biliaire. J'allais cesser mon exploration, lorsque mon index rencontra profondément un volumineux calcul du cholédoque que je prenais tout d'abord pour un ganglion épithéliomateux. Je pus inciser le cholédoque sur le calcul et extraire à bout de doigt un calcul lisse et arrondi en bille du volume d'une grosse noix. Après avoir drainé soigneusement sans essayer de suturer quoi que ce soit, je refermai l'abdomen, convaincu qu'il y avait là coexistence d'un cancer et d'une lithiase biliaire. Or, voici qu'après des suites d'une simplicité parfaite, mon opérée est, après plus de quinze mois, dans un état de santé des plus florissants. Les insupportables démangeaisons qui la tourmentaient ont cessé immédiatement après l'opération ; l'ictère a disparu en un mois et il n'y a plus eu la moindre crise douloureuse. Bref, à n'en pas douter, il n'y a pas de cancer chez cette malade qui mange, digère et engraisse, au lieu de se cachectiser ; les masses scléreuses qui m'ont donné le change étaient dues à de l'inflammation chronique, à de la péricholécystite et à de la péricholédocite chronique d'origine calculeuse. Il faut vraiment être averti de la sensation que donnent au toucher ces scléroses réactionnelles de la tête du pancréas pour éviter l'erreur de diagnostic qui consiste à les prendre pour de l'épithélioma.

Je ne terminerai pas sans faire remarquer que les tentatives de suture du cholédoque, telles que M. Ardouin les a faites, sont en somme inutiles. On l'a dit ici à plusieurs reprises, et, bien que le

fait en lui-même soit paradoxal, nous savons tous que la guérison n'est pas entravée du fait de laisser béante l'ouverture du canal cholédoque. Une fois le calcul enlevé, un bon drainage suffit. Mais je n'insiste pas : cela me paraît de pratique courante.

Je vous propose de féliciter M. Ardouin de la cure de son malade, de déposer son mémoire dans nos Archives et de lui adresser des remerciements pour sa communication.

Communication.

Sur un cas de blastomycose péritonéo-appendiculaire,

par M. le Dr SCHWARTZ, en collaboration avec le professeur R. BLANCHARD et le Dr J. BINOT.

L'observation que je vais vous rapporter a été déjà sommairement communiquée à la tribune de l'Académie de médecine. Le professeur Blanchard qui a bien voulu s'occuper surtout du côté parasitologique, et le Dr Binot, de l'Institut Pasteur, qui s'est occupé des cultures et des caractères de la levure, ont surtout insisté sur la nature, les formes, l'action du parasite cultivé et injecté à des lapins, à des cobayes, à des rats, etc.

Nous insisterons pour notre compte sur le côté chirurgical de notre observation, tout en résumant devant vous à grands traits ce qui se rapporte à l'histoire naturelle et à la physiologie pathologique. D'ailleurs la blastomycose est une affection encore peu connue chez l'homme, dont il n'existe que quelques observations, et à ce titre encore je crois qu'il y a intérêt à vous communiquer ce cas.

On désigne comme vous le savez, sous le nom de blastomycètes, les levures pathogènes ; elles font partie de la classe des saccharomycètes.

Le blastomycète est constitué comme type par une cellule unique qui se multiplie par bourgeonnement et se reproduit par des spores endogènes ; on désigne sous le nom de blastomycose l'affection produite par la culture anormale des levures susdites ou blastomycètes chez l'homme et l'animal.

Cela dit, voici d'abord l'observation complète de notre malade.

Le nommé P..., âgé de trente ans, mécanicien, entre dans notre service à l'hôpital Cochin, le 29 juillet 1901.

Nous l'avions vu chez lui quelques jours avant, avec le Dr Wilhelm,

son médecin ordinaire, qui craignait une appendicite chronique et nous demandait notre avis sur une intervention.

Nous apprenions dès ce moment que le père était mort à trente-sept ans, d'une affection de poitrine chronique, que le frère avait succombé à vingt-sept ans à une pleurésie. Le malade lui-même n'avait jamais été souffrant, quoiqu'un peu délicat. A dix-huit ans toutefois il eut une poussée de douleurs dans la fosse iliaque droite qui dura six semaines; il dut alors garder le lit et eut de la fièvre, il semble qu'il se soit bien agi d'une crise appendiculaire. Depuis lors, la santé a toujours été bonne.

A la fin de mai 1901, P... commença à ressentir de la gène dans le côté droit de l'abdomen; il perdit l'appétit, eut de la constipation et des digestions pénibles. Il maigrit beaucoup; son état s'aggrava rapidement.

Lorsque nous le voyons, vers le 20 juillet 1901, il est très amaigri, très abattu, il lui est impossible de se livrer à ses occupations et il garde le lit.

L'examen du ventre permet de constater du côté droit, dans la fosse iliaque et dans le flanc, une voussure manifeste de la paroi qui fait surtout saillie en dehors et en avant; il n'y a aucun changement de coloration de la peau. La palpation permet de constater l'existence d'une collection fluctuante, occupant la moitié droite de l'abdomen, tout entière sous-ombilicale et droite; elle s'étend jusque dans la fosse iliaque. Partout elle est mate à la percussion, les anses intestinales sont refoulées en haut et à gauche. La pression est manifestement douloureuse au point de Mac Burney, ou plutôt ce point est sensible; il n'y a de douleur nulle part ailleurs.

En dehors de l'amaigrissement, de l'absence d'appétit, il n'y a aucun signe mauvais; urines normales, pas de toux, pas de sueurs nocturnes, l'examen des sommets des poumons et de la plèvre est tout à fait négatif. La température oscille autour de 37,5 matin et soir.

Etant donnés les antécédents héréditaires de notre malade, père mort à trente-sept ans d'une maladie de poitrine chronique, frère mort à vingt-sept ans d'une pleurésie; étant donnés l'amaigrissement et surtout les signes physiques nous révélant l'existence d'une collection enkystée dans la moitié droite de l'abdomen avec point douloureux maximum au point de Mac Burney, nous portons le diagnostic de péritonite enkystée avec appendicite d'origine probablement tuberculeuse, et nous conseillons un traitement chirurgical consistant à ouvrir par la laparotomie latérale la collection, à s'assurer des lésions et à agir en conséquence. Notre avis fut partagé par le malade et son médecin; il entra donc dans notre service à l'hôpital Cochin le 30 juillet 1901. L'opération fut pratiquée le 1er août.

Chloroformisation assez difficile. Incision latérale droite le long du bord externe du droit antérieur commençant au-dessus de l'arcade crurale et se prolongeant en haut de 10 centimètres. Au moment où nous ponctionnons le péritoine, fait hernie à travers la petite boutonnière une masse qui nous rappelle la hernie que fait un lipome fluc-

tuant bien encapsulé à travers une boutonnière de sa capsule, seulement la couleur de la masse paraît plus blanche et ce n'est pas de la graisse ; en effet, l'incision prolongée laisse sortir une masse gélatineuse blanchâtre en longs rubans, ressemblant à certains liquides épais de kystes ovariques ; la main introduite à travers l'incision ramène une grande quantité de cette substance ; on l'extrait difficilement car elle est gluante et glissante ; on la reçoit dans un bassin en verre et on peut en évaluer la quantité à au moins un litre. Elle paraît occuper une vaste poche ayant au moins le volume d'une tête d'enfant, située en avant et en dedans du cæcum, contenue dans le péritoine ; on pénètre à travers un large orifice dans la cavité abdominale. Le cæcum qui paraît sain est terminé par un appendice court, gros et violacé, portant à son extrémité un nodule blanchâtre et adhérant dans toute sa longueur au cæcum. On le désinsère de l'intestin et on le résèque après ligature au thermocautère. La cavité contenant la masse gélatineuse étant nettoyée aussi bien que possible, à l'aide de compresses aseptiques, est drainée largement par deux gros drains en canons de fusil remontant jusqu'à la portie supérieure du côlon ascendant.

L'appendice réséqué et la masse extraite sont portés au laboratoire de notre collègue et ami le Dr Chauffard. Les suites de l'opération ont été très simples. Jamais de fièvre. Par les drains s'est écoulée les jours suivants jusque vers le 12 août de la substance gélatineuse en quantité plus ou moins abondante ; on a pu en recueillir jusqu'à 25 grammes le 18 août pour en faire des examens, des cultures et des inoculations. Puis, peu à peu, l'écoulement tarit sans suppuration.

Les drains sont retirés le douzième jour et remplacés par une petite mèche. Celle-ci est elle-même enlevée les jours suivants. L'opéré sort de l'hôpital le 27 août, soit vingt-sept jours après son entrée, complètement guéri.

Nous l'avons revu le 30 mars 1903. Il est en excellent état, la cicatrice est solide, n'a nulle tendance à l'éventration. Le ventre est normal. Aucune trace de récidive. L'état général est très bon. Alors qu'il pesait 60 kilogrammes avant l'opération, il pèse actuellement 66 kil. 5 ; il a donc augmenté de 12 livres depuis.

Telle est l'observation de notre opéré. En somme, l'affection pour laquelle nous l'avions opéré ressemblait beaucoup à une péritonite tuberculeuse et seul l'aspect insolite de la substance que nous avions extraite nous fit penser qu'il s'agissait d'une affection spéciale non encore vue et connue de nous.

La masse gélatineuse portée au laboratoire de notre collègue Chauffard fut mise dans l'eau formolée, ce qui eut pour résultat de tuer les éléments figurés qui s'y trouvèrent et de rendre impossible leur culture éventuelle. Toutefois ces éléments figurés furent trouvés sans qu'on pût en définir la nature. M. Rathery, interne, voulut bien examiner et couper l'appendice. Ce dernier présentait les lésions de l'appendicite folliculaire. Dans l'une des coupes on

trouva un corpuscule jaunâtre en forme de raquette, parcourue longitudinalement par une cloison médiane irrégulière et divisé latéralement par trois ou quatre cloisons de chaque côté. Une autre coupe renfermait un corpuscule sphérique clair, à paroi épaisse, celle-ci étant comme crevée en deux endroits par où le contenu finement granuleux faisait comme hernie ; ce dernier corpuscule avait une évidente analogie avec ceux qui se trouvaient dans la masse gélatineuse.

N'arrivant pas à définir la nature de ces corps et certain qu'il devait s'agir d'un parasite végétal ou animal, je priai le professeur R. Blanchard de venir voir les préparations en question. C'est ce qu'il fit avec sa complaisance et son amabilité bien connues. Il reconnut qu'il s'agissait de champignons, le premier corpuscule étant une spore pluriseptée, le second étant un blastomycète en voie de germination ; les éléments figurés contenus dans la masse gélatineuse n'étaient eux-mêmes autre chose que des blastomycètes.

Il voulut bien se charger de faire dessiner ces éléments ; de plus il était intéressant de cultiver les blastomycètes, de faire des inoculations. Malheureusement la masse traitée par le formol ne pouvait plus servir ; heureusement nous pûmes recueillir par le drain de la substance gélatineuse aseptiquement, au moyen de laquelle M. le Dr Binot, de l'Institut Pasteur, put faire des ensemencements et des cultures pures qu'on expérimenta ensuite sur les animaux.

Nous vous montrons ici la masse blanchâtre, gélatineuse extraite immédiatement du péritoine. J'en ai fait don, ce qui est tout naturel, à la collection du laboratoire de Parasitologie de la Faculté de médecine.

L'étude en a été faite très en détail au point de vue chimique et morphologique par le professeur Blanchard et exposée dans la communication qu'il a faite à l'Académie (1).

Nous n'y insisterons pas ici. Qu'il me suffise de vous dire qu'elle comprend : une substance fondamentale amorphe ; des cellules sphériques, des filaments, des globules huileux, quelques cristaux, quelques très rares bactéries.

L'étude chimique permet de constater dans la matière gélatineuse trois substances.

1° cellulose provenant des membranes cellulaires des blastomycètes ou levures ;

2° protéide phosphorée très peu abondante et provenant vraisemblablement des noyaux de la levure ;

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, p. 417, etc., 1903.

3° substance spéciale, abondante, voisine des albuminoïdes et devant être rapprochée de la colloïdine.

Ce dernier corps est très voisin, sinon identique, à celui déjà trouvé dans d'autres kystes et nous permet de penser que la masse gélatineuse n'est pas une sécrétion spécifique de la levure, mais est bien due à une réaction de défense de l'organisme et en particulier du péritoine. Ce qui paraît confirmer cette supposition, c'est que la masse gélatineuse ne se produit jamais dans les vieux milieux de culture des blastomycètes.

Les cellules sphériques, les blastomycètes ou cellules de levure ont une paroi épaisse et claire marquée par un double contour; leur protoplasma est sans noyau apparent; ces corpuscules sont souvent réunis par deux dans une même enveloppe, comme s'ils dérivaient l'un de l'autre. Ils se multiplient en effet par granulation, par scissiparité : le bourgeon peut se détacher de bonne heure de la cellule mère ou y rester attaché. Ainsi se comprennent les volumes variables de 1 μ 5 à 15 et 20 μ. La masse gélatineuse précitée n'est pas en contact direct avec elles; chaque cellule est entourée d'une zone claire ou capsule mucilagineuse qui par sa périphérie se confond avec la substance gélatineuse fondamentale tout en étant plus claire et moins colorable par les réactifs.

Les filaments incolores, fragiles, atteignent intacts une longueur de plusieurs millimètres, alors que leur diamètre est toujours inférieur à 1 μ; ils sont rectilignes, sans bifurcations. Ils sont anhistes et constituent une production singulière qui n'a pas encore été rencontrée; ils sont inégalement répartis, tantôt isolés, tantôt agglomérés en faisceaux, en volutes; nous ne pouvons que citer les globules huileux, quelques cristaux probablement de cholestérine et quelques bactéries très-courtes dont le nombre est négligeable et qui s'y trouvent accidentellement. Je ne veux pas terminer cette description sommaire et que vous pourrez trouver plus au long dans le mémoire que le professeur Raph. Blanchard doit publier dans les *Archives de parasitologie*, sans vous parler encore des cultures et des inoculations.

Ces cultures ont été faites avec la substance qui s'est écoulée des drains après l'opération, sur gélose, gélatine, bouillon, bouillon sucré, etc. Toujours le blastomycète s'est cultivé en conservant indéfiniment ses caractères morphologiques, non seulement dans les cultures initiales, mais encore dans celles rajeunies du deuxième et du troisième passage.

Mais si ses caractères morphologiques restent identiques, il n'en est pas de même de sa virulence qui se perd avec l'âge de la levure. L'inoculation faite à des animaux variés : lapin, rat,

souris, cobaye, marmotte, et pratiquée à l'Institut Pasteur par M. le Dr J. Binot, a toujours donné des résultats positifs.

Le lapin inoculé dans la veine auriculaire ou dans le péritoine avec la totalité ou la moitié seulement d'une culture sur gélose en tube présente une diarrhée intense et succombe en une semaine avec un fort amaigrissement.

A l'autopsie, la rate est hypertrophiée; dans les divers organes, dans les reins surtout, se trouvent des pseudo-tubercules constitués par des amas de blastomycètes; les levures prennent là des formes bourgeonnantes très volumineuses, très irrégulières, en massue, en citron, etc., comme le montre le dessin ci-joint.

Jamais l'on n'a pu trouver la substance gélatineuse qui constituait la masse principale chez notre malade; il est certain pour nous que cette masse est sécrétée par le péritoine, grâce à la différenciation physiologique de l'homme et du lapin.

Chez tous les animaux, l'amaigrissement est rapide et très grand, et nous en rapprocherons cet amaigrissement si notable observé chez notre malade; la réaction à ce point de vue semble être la même.

Par contre, il est remarquable de constater que dans toutes les expériences, l'organisme ne manifeste aucune réaction à l'égard de ce parasite volumineux et envahissant. On ne trouve pas de zone irritative, pas de phagocytes, pas de cellules géantes. Le professeur Blanchard attribue ce fait à ce que la levure doit produire une toxine soluble qui met les leucocytes et autres phagocytes en état de chimiotaxie négative, les paralyse ; c'est elle qui causerait la dégénérescence graisseuse du foie observée chez les animaux, leur grand amaigrissement.

En résumé, la maladie chez notre homme était constituée par une blastomycose péritonéo-appendiculaire.

Il est fort probable que la porte d'entrée du parasite a été l'appendice; de là il a envahi le péritoine où il s'est cultivé en même temps que la séreuse sécrétait en masse la substance colloïdale trouvée dans la poche.

Nous craignions fort une récidive, d'autant que nous avions constaté l'envahissement de la grande cavité péritonéale à travers une sorte d'orifice de la paroi gauche du kyste. Cette éventualité ne s'est heureusement pas produite. Nous avons encore revu notre malade le 18 mai 1903 : il se porte très bien, sa paroi abdominale est en parfait état, et il n'y a aucun état anormal de la fosse iliaque droite et de l'abdomen.

Les cas de blastomycose chez l'homme sont rares. Nous avons trouvé néanmoins un certain nombre d'observations concernant les blastomycètes divers, en mettant, bien entendu à part, le

muguet dont l'oïdium albicans ou encore saccharomycès ou endomycès albicans (Vuillemin) est l'agent.

La première relation bien observée de levure pathogène, chez l'homme, a été faite par Achalme et Troisier dans un cas d'angine rappelant cliniquement le muguet (1).

Curtis a publié, dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (2), un cas de tumeur myxosarcomateuse droite de la cuisse et de la région lombaire constituée par le saccharomycès tumefaciens ; le parasite mesurait jusqu'à 40 μ de diamètre. La tumeur de la cuisse ressemblait à un myxosarcome ramolli, celle des lombes était un véritable abcès. Le malade opéré par Folet succomba au bout de deux mois d'accidents méningitiques, sans que l'autopsie ait pu être faite.

Vuillemin et Legrain (3) ont rencontré le saccharomycès granulatus dans des tumeurs apparues dans la région du maxillaire inférieur gauche. Ces tumeurs contenaient un liquide séro-sanguinolent renfermant les cellules du parasite.

Busse (4) a trouvé des saccharomycès chez une femme atteinte d'une ostéite chronique du tibia avec destruction étendue de l'os et formation de pus. La malade succomba à une infection générale avec lésions suppuratives de la peau, de la cornée, des os, des poumons, des reins, de la rate. C'est dans les cellules géantes surtout que l'on trouvait le plus souvent les cellules de levure.

Mais le fait qui se rapproche le plus de celui que nous avons observé est celui de Cosselli et Frisco (5). Ils ont trouvé le blastomycète qui porte leur nom dans un cas de tumeur sarcomateuse des ganglions mésentériques avec ascite laiteuse. Les ganglions et le liquide ascitique contenaient à même des cellules de levures plus ou moins grandes dont les plus volumineuses étaient de la taille des cellules du foie. Les cultures et le liquide péritonéal furent inoculés. Les animaux succombèrent avec un amaigrissement considérable et des métastases dans les ganglions et le long des lymphatiques des membres et du mésentère.

Nous ne nous étendrons pas sur d'autres faits encore qui nous ont paru trop différents de ceux que nous avons en vue et que l'on trouvera étudiés tout au long dans l'excellent ouvrage de Gedœlst, *Les champignons parasites*. Lamertin, Bruxelles, 1902.

(1) *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, t. V, p. 29, 1893.

(2) Tome X, p. 449, 1896.

(3) *Archives de parasitologie*, III, 1900, p. 237.

(4) *Virchow's Archiv*, t. CXL, 1895 ; t. CXLIV, 1896 ; *Die Hefen als Kverkhrist's Erreger*, Berlin, 1897.

(5) Pathogene Blastomyceten beim Menschen. Beiträge zur Ætiologie der bösartigen Geschwülste », *Centralbl. f. Bacteriologie*, t. XVIII, 1895, p. 368.

Nous terminerons en rappelant que le blastomycète de notre observation fera le sujet d'un travail très complet au point de vue de sa détermination, de ses cultures et de son action pathogène expérimentale qui paraîtra dans les *Archives de Parasitologie.*

Nous avons voulu surtout insister dans cette communication sur ce qui nous a paru spécialement intéresser la chirurgie et attirer l'attention sur ces faits qui deviendront peut-être moins exceptionnels alors qu'elle aura été plus attirée sur eux.

Présentations de malades.

Malade opéré d'un tubercule cérébral avec épilepsie jacksonienne et signal symptôme dans le membre supérieur droit (1),

M. Tuffier. — Je vous présente un malade R... R..., vingt-neuf ans, entré le 24 avril 1903, salle Malgaigne, n° 15, venant du service de M. Dreyfus-Brissac où il était en traitement pour une céphalalgie atrocement douloureuse.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas d'antécédents collatéraux. Très chétif et toujours malade jusqu'à l'âge de sept ans. Depuis cette époque, il s'est bien porté jusqu'à l'âge de vingt et un ans. Au régiment, il prend une bronchite. En 1897, laryngite très aiguë. Extinction de voix. Soigné pendant huit mois, il guérit. En 1898 se marie, était bien remis et très fort. En 1899, pleurésie; convalescence jusqu'en octobre de la même année. Perd ses forces, consulte médecin sur médecin, et finit par se faire magnétiser. En octobre 1899, il reprend son travail. A ce moment, il ressent les premiers symptômes de crise par une sensation de piqûre sous l'ongle du pouce de la main droite. Il travaille jusqu'au mois d'août 1900. Les crises s'accentuent et apparaissent toutes les trois ou quatre semaines. En mars 1900, première grande crise suivie de perte de connaissance. Le bras, le côté droit de la langue et de la tête se prennent. On lui dit qu'il écumait; il n'urina pas pendant la crise. D'autres crises reviennent à intervalles réguliers toutes les trois ou quatre semaines. Il va à Angicourt au mois de mars 1901. Crises diminuent et n'apparaissent qu'à intervalles de trois et six mois.

En mai 1902, dernière grande crise; depuis, il n'a plus que de

(1) Partie médicale de l'observation due à M. Dreyfus-Brissac, la partie chirurgicale a été recueillie par mon interne, M. Aubourg.

légères sensations, à part deux paralysies de la langue qui n'ont duré que quelques heures chacune.

En février 1903, il est pris de maux de tête violents. Il va consulter le Dr Raymond qui le déclare atteint d'une plaque de méningite chronique à gauche, et devant l'intensité atroce des douleurs, conseille l'intervention. Il entre dans le service de M. Dreyfus-Brissac qui lui donne 4 grammes d'antipyrine pour calmer ses douleurs.

Actuellement, le malade souffre toujours de la tête, mais est calmé par l'antipyrine sauf pendant la nuit. Il est atteint de deux épidydimites bacillaires. Au toucher rectal, on trouve une prostate présentant un noyau induré à droite. *Appareil pulmonaire.* Va mieux depuis séjour à Angicourt. Aux deux sommets, craquements suspects. *Appareil digestif.* Bon.

Devant les douleurs atroces et permanentes de ce malade, M. Dreyfus-Brissac nous demande d'intervenir, considérant la *néoplasie cérébrale* comme limitée au centre du membre supérieur droit.

Opération, le 2 mai 1903. — Hémicraniectomie gauche temporo-pariétale avec les instruments de Doyen. On met à nu la dure-mère. Hémorragie veineuse abondante; avec une pince mise à la partie supérieure de l'incision, on arrête l'écoulement sanguin.

La dure-mère n'est pas altérée. En palpant vers le tiers inférieur, on sent un changement de consistance. On incise la dure-mère à ce niveau et on tombe sur un tubercule cérébral. La surface cérébrale est granuleuse à ce niveau. On incise le cerveau tout autour du tubercule et en introduisant un doigt dans l'incision, on sent que le noyau pénètre dans le cerveau. Énucléation.

Ligature des veines de la pie-mère. Suture de la dure-mère. On laisse une pince à demeure sur une veine voisine du sillon longitudinal supérieur. Une mèche sort par un trou de la fraise.

Suites opératoires. — *Samedi*, 1er *jour*, pas de vomissements.

Au réveil, hémiplégie droite motrice avec conservation de la sensibilité. Le malade sent les piqûres, le contact, la chaleur. La paralysie motrice est complète, mais il y a conservation du réflexe rotulien. Abolition des réflexes du membre supérieur. La face ne présente pas de paralysie; cependant la fermeture forcée de l'œil à gauche est moins complète qu'à droite. Le facial inférieur est sain. L'état général est bon, mais le malade se plaint de céphalée plus violente que la veille avec un siège différent, au niveau de la protubérance occipitale externe. La langue se meut difficilement, est déviée à gauche.

Dimanche, 2e *jour*, même état, la céphalée persiste; hémiplégie.

Lundi, 3e *jour*. Au matin, le malade remue la jambe complète-

ment. Le réflexe rotulien droit est exagéré. Au membre supérieur, même état. Pansement. On enlève la pince et la compresse. Spontanément, le volet cranien se réapplique exactement, mais son application est suivie de l'issue d'un peu de matière cérébrale et de liquide sanguin.

Les *jours suivants*, même état. Réflexes redevenus normaux au membre inférieur. Absents au membre supérieur. La céphalée cesse après le pansement pour ne réapparaître que faible le soir en arrière de la tête.

Malgré l'absence de température, le malade fait une poussée congestive au niveau de son poumon.

Samedi, 8ᵉ *jour*. — Ablation des fils. Aucune douleur dans la tête; mouvements parfaits dans le membre inférieur.

Au membre supérieur, sensibilité mais paralysie complète, y compris les muscles de l'épaule (le malade ne peut pas relever l'omoplate, ni la faire basculer en dedans); les muscles du dos, le grand dorsal ne forment qu'une corde du côté gauche et rien à droite.

Mardi, 11ᵉ *jour*. — Le soir, le malade peut faire faire quelques mouvements au membre supérieur.

Mercredi, 12ᵉ *jour*. — Il peut faire les mouvements de flexion et d'extension de la main, de l'avant-bras et du bras, relever son épaule, il peut contracter son grand dorsal, mais les mouvements des doigts sont impossibles.

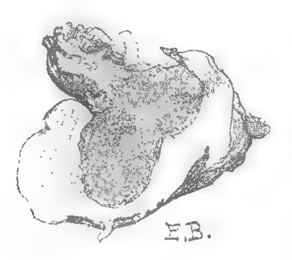
Jeudi, 13ᵉ *jour*. — Les mouvements commencent à revenir aux doigts, mais il semble qu'il ait besoin d'une rééducation des mouvements du membre supérieur. Nouvelle poussée congestive aux sommets du poumon.

Je vous le présente aujourd'hui en état d'exécuter tous les mouvements du membre supérieur, mais dans une étendue restreinte, qui d'ailleurs s'accroît chaque jour.

Examen de la pièce, par M. Mauté, chef du laboratoire. — La pièce qui nous est remise aussitôt après l'opération est du volume d'une petit noix. A sa partie supérieure adhère une petite portion de la dure-mère. La partie inférieure et les parties latérales sont constituées par du tissu cérébral d'apparence normale.

Une coupe perpendiculaire au grand axe et pratiquée à peu près en son milieu permet de se rendre compte de sa structure. Elle est constituée essentiellement par une tumeur dure, de consistance presque cartilagineuse, adhérente à la dure-mère à sa partie supérieure. Cette tumeur qui comprend plus des deux tiers de la substance enlevée a la forme d'un champignon renversé, enveloppé complètement sauf au niveau de son pied par une zone

de substance cérébrale dont l'épaisseur est variable suivant le point considéré. Il est facile de se rendre compte déjà qu'elle s'est developpée aux dépens de la pie-mère qui a refoulé pour s'en coiffer la substance grise sous-jacente. Cette tumeur est de coloration jaunâtre, avec certains points blanchâtres au centre; elle est sèche à la coupe, *paraît* très bien limitée et adhère au tissu central qui l'environne.



Examen histologique. — Fixation au formol. Inclusion au collodion.

La tumeur est formée de follicules tuberculeux avec nombreuses cellules géantes. Quelques points présentent un début de caséification. Contrairement à ce que l'on pouvait prévoir de par l'examen macroscopique, il existe en dehors de la tumeur principale, constituée par un agglomérat tuberculeux pie-mérien, et autour d'elle, des tubercules disséminés en pleine substance grise, de sorte que les limites de la néoplasie tuberculeuse, sans atteindre toutefois les limites extrêmes de la partie enlevée, sont reportées plus loin que l'on pouvait le penser. Il s'agit en *somme de tuberculose méningo-encéphalique*. La recherche du bacille de Koch a été positive.

Prothèse nasale métallique.
Mécanisme de l'élimination de l'appareil.

M. PIERRE SEBILEAU. — Voici le malade que je vous ai récemment promis de vous montrer. On peut étudier sur lui, tandis qu'elle s'accomplit, le mécanisme de l'élimination de la pièce d'or avec laquelle j'ai pratiqué, il y a deux mois, la prothèse nasale.

Cet homme avait reçu sur le nez un coup violent de manivelle de treuil. Tout le squelette cartilagineux avait été enfoncé dans les fosses nasales. Les os propres avaient été respectés. Il n'y

avait, pour ainsi dire, plus de saillie nasale : le nez était à fleur de pommette. Le grand lambeau cutané qui avait été détaché par le traumatisme se recolla, grâce à la suture qui fut pratiquée sans retard ; mais bientôt les symptômes d'obstruction nasale augmentèrent, et le malade me fut adressé à Lariboisière, du service de mon maître le professeur Terrier.

Je taillai un grand lambeau cutané à la manière d'Ollier, et cela me donna accès dans les fosses nasales que je pus débarrasser des débris de cartilage et des masses fibreuses qui les remplissaient.

Quand la perméabilité des cavités nasales fut rétablie, j'appliquai sous les téguments un squelette nasal d'or fabriqué par M. Delair, dont je tiens à associer le nom au mien dans cette communication.

Cette pièce de prothèse prenait, en haut, deux points d'appui sur le frontal, au-dessus des os propres du nez ; deux autres, en bas, au-dessous de l'épine nasale, et trois, de chaque côté, sur la branche montante. Elle s'enfonçait dans l'os comme la plaque présinusale que je vous ai récemment montrée (griffes et coins de consolidation).

Par dessus cet appareil, composé de trois arêtes verticales reliées par plusieurs arêtes transversales, j'appliquai les téguments que j'avais décollés et que je suturai. Ces téguments étaient durs, cicatriciels, sans souplesse, violacés ; ils manquaient d'étoffe.

Les jours suivants, il y eut évacuation de sécrétions nasales séro-purulentes, mais tout rentra rapidement dans l'ordre ; il ne se manifesta, du côté de la peau, aucun phénomène inflammatoire.

Mais six semaines environ après l'opération, je vis cette peau, comme appelée vers la profondeur par la rétraction du tissu souscutané, se déprimer, s'enfoncer dans les jours de l'appareil, puis, au niveau des arêtes de cet appareil, s'amincir, s'user, se nécroser et subir là, sans aucune réaction inflammatoire ni suppurative, une sorte de nécrobiose aseptique. C'est, pour ainsi dire, millimètre par millimètre, que l'appareil sort de la profondeur et apparaît à l'extérieur, émergeant lentement. Tandis que les arêtes de la pièce métallique se dégagent de la peau, la peau, elle, s'enfonce dans les trous qui séparent ces arêtes, si bien qu'aujourd'hui l'appareil et les téguments se sont comme pénétrés l'un l'autre.

Par contre, les griffes sont inébranlables dans l'os ; le nez d'or est aussi solidement fixé que le premier jour.

On peut donc saisir ici sur le vif, si je puis employer une pareille

expression, le curieux mécanisme du travail d'élimination. Ce n'est ici, ni de l'infection chassant le corps étranger dans une suppuration diffuse, ni de l'ostéite libérant et mobilisant l'appareil en lui supprimant ses points d'appui. C'est une usure progressive des téguments au niveau des arêtes de l'appareil, lequel est encore, pour les trois quarts, enfoui sous eux.

Je crois qu'on éviterait ou, en tout cas, qu'on retarderait grandement l'élimination de ces pièces métalliques, en les construisant lamellaires et continues, sans y pratiquer les jours, les vides que vous voyez sur celui-ci. La peau se nécrose sur les arêtes du métal parce que, attirée vers la profondeur par le travail de rétraction et de cicatrisation profonde, elle pénètre dans les espaces libres et s'use sur les plans de résistance qui séparent ceux-ci.

M. Nélaton. — Je remercie M. Sebileau, et sa présentation prouve bien que ce n'est pas vers la prothèse par corps étranger qu'il faut diriger la chirurgie, mais, bien, au contraire, vers la transplantation de tissus vivants. C'est ainsi que le malade auquel j'ai refait en cartilage la cloison nasale, il y a huit mois, ne présente qu'une imperfection, c'est d'avoir le nez trop gros.

Je demande encore qu'on nous donne des faits de conservation de corps étrangers après un an.

M. Pierre Sebileau. — Je crois qu'il faut rester dans la question. Il ne s'agit pas, dans mon esprit, tout au moins, de comparer aujourd'hui la méthode des prothèses métalliques du nez avec celle des prothèses animales. J'ai présenté mon malade pour justifier devant la société les craintes que j'exprimais récemment à propos de l'opéré chez lequel j'ai pratiqué, avec le concours de M. Delair, la réfection de la paroi sinuso-frontale antérieure, et aussi pour montrer un des processus utilisés par la nature pour éliminer les corps étrangers que nous introduisons dans l'économie. M. Nélaton demandait récemment qu'on apportât ici des documents sur cette question intéressante; je viens de lui en apporter un, et c'est tout. L'exemple n'est pas favorable à la méthode, c'est entendu: et c'est précisément pour cela que j'ai voulu le communiquer sans retard. Est-ce à dire qu'il en doive être toujours ainsi? Est-ce à dire que, systématiquement, l'économie doive, en tous cas, se débarrasser de toutes les pièces métalliques employées par nous à la restauration, à la prothèse, à la consolidation des tissus et des os? C'est possible, mais ce n'est pas, je crois, certain même pour la face où le problème se complique cependant du voisinage de cavités toujours infectées. M. Delair a commencé sur ce point

des expériences que nous devons continuer ensemble. Nous vous en communiquerons, dans quelques mois, les résultats.

M. le Président. — La Société de chirurgie s'associe à la demande de M. Nélaton.

Pied bot varus équin d'origine paralytique. Ablation de tous les os du tarse, sauf la partie postérieure du calcanéum. Résultats après quatre mois sans appareil aucun. Solidité et marche bonne.

M. Lucas-Championnière. — Je présente un sujet atteint de pied bot grave, que j'ai opéré par ma méthode de l'ablation systématique de tous les os du tarse.

Ce sujet, atteint de paralysie infantile à l'âge de trois ans, est âgé aujourd'hui de dix-huit ans. La déformation du pied en varus équin était telle que la marche était presque impossible et toujours douloureuse.

Je présente le moule et la radiographie exécutée avant l'opération.

La radiographie exécutée après l'opération montre la disparition de tous les os du tarse, dont une grande partie du calcanéum.

Quatre mois et demi seulement se sont écoulés depuis l'opération. Le sujet n'a jamais eu d'appareil d'immobilisation. Je lui ai fait faire une bottine dans laquelle les contreforts en carton donnent un peu de solidité latérale.

Vous pouvez voir que le pied est redressé de la façon la plus satisfaisante.

Vous pouvez voir que la solidité, même pour les mouvements de latéralité, est parfaitement satisfaisante.

L'usage du pied ne pourra qu'améliorer cette situation, qui est d'une constance et d'une régularité parfaites après les opérations faites suivant cette méthode.

Tumeur para-rénale.

M. Souligoux présente un malade atteint d'une tumeur para-rénale. — M. Hartmann, rapporteur.

Présentations de pièces.

Sarcome fuso-cellulaire de la lèvre supérieure et de la joue (poids 2 kilogrammes) chez un vieillard de soixante-seize ans. Ablation.

M. Schwartz. — La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter m'a paru remarquable par le volume et le poids qu'a acquis la tumeur sarcomateuse que voici. Je ne sais ce dont il faut le plus s'étonner, de ce volume et de ce poids, ou de l'indolence et de l'apathie de celui qui l'a portée pendant près de cinquante ans.

Il s'agit d'un homme de soixante-seize ans, qui me fut adressé de Normandie par mon cher maître Léon Labbé.

La tumeur avait débuté en 1854, soit près de cinquante ans, par une petite grosseur de la lèvre supérieure gauche. Au bout de quinze ans elle avait le volume d'une noisette. Il y a quatre ans elle avait le volume d'un poing, mais à partir de ce moment les fonctions de la parole et la mastication devinrent pénibles, la lèvre inférieure entraînée par le poids devenait verticale et la bouche laissait constamment écouler la salive.

Il y a deux ans, de nouveaux accidents apparurent, phénomènes de sphacèle du côté de la surface cutanée, du côté de la muqueuse buccale, en même temps que le néoplasme prenait un développement rapide et croissait encore en volume.

Vous pouvez juger d'après les photographies ci-jointes de ce dernier et de l'aspect que présentait ce malheureux homme, amaigri et presque cachectique. Les points sphacélés laissaient écouler un ichor fétide qui répandait une véritable puanteur autour de lui. Aucun ganglion.

J'ai enlevé la tumeur il y a huit jours; l'hémorragie a été peu abondante grâce au pincement préventif des pédicules vasculaires. J'ai refait la face de mon mieux et le plus vite possible pour ne pas amener trop de choc par une longue anesthésie.

L'opéré va aussi bien que possible, malgré quelques points désunis au niveau de la joue.

La tumeur pèse 2 kilogrammes et est un énorme sarcome fusiforme greffé sur une tumeur primitivement bénigne, adénome probablement.

Gangrène, par torsion du cordon, d'un testicule en ectopie inguinale.

M. Tuffier. — Je vous présente, tel qu'il s'est présenté à nous pendant l'opération, un testicule en voie de sphacèle que j'ai enlevé hier chez un jeune homme de mon service qui, atteint d'ectopie testiculaire inguinale, avait fait descendre son testicule dans les bourses par des pratiques de massage. Ces séances de massage qui avaient réussi dataient de cinq mois. Brusquement, en faisant un effort de défécation, ce malade fut pris d'accidents simulant un étranglement herniaire, en même temps que le testicule remontait dans le trajet inguinal qui augmentait de volume et devenait excessivement douloureux. Je vois ce malade cinq jours après le début de ces accidents et je posai devant mes élèves le diagnostic de torsion du cordon spermatique. A l'opération je trouvai un testicule absolument noirâtre, en voie de sphacèle, avec la torsion du cordon spermatique que vous pouvez voir. Je dus procéder à l'ablation de l'organe.

M. Pierre Sebileau. — Je suis très heureux de l'occasion qui m'est offerte de poser une question d'anatomie pathologique à mon ami Tuffier, sur le cas intéressant qu'il a observé. Presque toutes les observations publiées de torsion du cordon spermatique sont très incomplètes, si incomplètes qu'il est très difficile de se faire, en les lisant, une idée du mécanisme de la torsion du cordon spermatique.

Lorsqu'on essaie sur le cadavre de réaliser expérimentalement la torsion du cordon spermatique dans l'intérieur de la cavité vaginale, on n'y peut arriver, le mésorchium s'y opposant d'une manière absolue.

Il ne peut donc, a priori, se produire, sur le vivant, de torsion du cordon spermatique, *dans l'intérieur de la cavité vaginale*, c'est-à-dire sans que la vaginale participe à cette torsion, ainsi qu'elle le fait dans le bistournage qu'à une des trois conditions suivantes : 1° grande longueur et grande laxité de mésorchium permettant la rotation de la glande ; 2° absence totale de mésorchium ; 3° déchirure du mésorchium.

Or, c'est précisément sur ces points, les plus intéressants de tous, que sont muettes la plupart des observations. Quelle est donc la disposition qu'a observée M. Tuffier ?

M. Tuffier. — Voici les détails que j'ai constatés pendant l'opé-

ration. La vaginale inguinale était très épaissie et infiltrée, elle contenait un liquide séro-sanguin (stérile, d'après les recherches de mon chef de laboratoire, M. Manté). Le testicule violacé noirâtre était libre dans cette cavité sans méso, comme vous pouvez le voir. Le segment du cordon, compris entre l'épididyme et l'anneau inguinal externe, était infiltré de sang noir et avait le volume du pouce. La torsion s'était faite au niveau du point où le cordon quittait la vaginale pour entrer dans le canal inguinal, elle comportait deux tours de spire que vous voyez autour d'une adhérence.

Le Secrétaire annuel,

Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur. 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 27 MAI 1903

Présidence de M. Kirmisson.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Segond, secrétaire général, qui, appelé hors Paris par un ami malade, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. Paul Reclus. — Je dépose sur le bureau de la Société le volume que je viens de publier sur *L'Anesthésie localisée par la cocaïne.* J'y étudie les modifications que j'ai apportées à ma technique ancienne et dont la plus importante est l'abaissement du titre de la solution de 1 à 1/2 p. 100. J'ajouterai que j'ai intercalé dans le texte 59 figures. Elles manquaient dans mes publications antérieures et certainement les échecs de plusieurs de mes collègues s'expliquent par l'obscurité de certaines descriptions, obscurité qui n'existera plus puisque maintenant la figure met, pour ainsi dire la technique sous les yeux du lecteur.

— M. le président remercie M. Reclus, au nom de la Société.

M. Monod dépose sur le bureau une observation de M. Giron (d'Aurillac), intitulée : *Luxation latérale externe complète du genou droit. Réduction. Guérison.* — Cette observation est renvoyée à une commission : M. Bazy, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Du diagnostic et de l'intervention chirurgicale dans la gangrène pulmonaire,

M. Bazy. — L'intervention chirurgicale dans la gangrène pulmonaire suppose tout d'abord, au moins dans l'état actuel de nos connaissances, que les lésions soient localisées.

Nous n'avons pas, du moins jusqu'ici, la possibilité d'intervenir dans les cas de gangrène diffuse, comme nous intervenons, par exemple, dans le phlegmon diffus.

Il faut donc une lésion localisée pour que, actuellement du moins, notre intervention soit justifiée.

Cette localisation de la lésion, son existence nous est prouvée par les moyens dont nous disposons pour explorer le poumon.

Si donc les signes fournis par cette localisation n'existent pas, nous n'interviendrons pas, parce que nous ne saurions où intervenir. C'est là une vérité si éclatante que j'ose à peine la rappeler.

Mais ces signes peuvent ou ne pas exister ou être fugaces, ou se montrer dans un point plus ou moins éloigné du point exact où siège le mal. C'est dans un de ces cas que j'ai dû faire la pleurotomie exploratrice, et que je conseillerais d'y avoir recours s'il arrivait que les signes physiques nous fissent inciser la peau et réséquer les côtes dans un point éloigné de la lésion et dans une région où la plèvre viscérale ne serait pas adhérente à la plèvre pariétale (1).

Au reste, plusieurs d'entre nous, dans la discusssion sur ce sujet qui a eu lieu dans cette enceinte en 1895 et 1896, avons insisté sur le défaut de concordance entre la localisation à la surface cutanée et la lésion pulmonaire qui peut exister dans certains cas, d'où la nécessité de larges résections costales dont a parlé M. Lejars et qui avaient été recommandées.

Cette difficulté de diagnostic existe non seulement pour ce que nous sommes convenus d'appeler des gangrènes pulmonaires, mais aussi pour des lésions qui paraissent, en raison de leurs symptômes, être des gangrènes pulmonaires et qui ne sont peut-être que des pleurésies localisées à contenu fétide, de sorte qu'au point de vue clinique ces deux espèces se confondent, et si, au point de vue de l'évolution, elles doivent être distinguées, on peut, au point de vue du diagnostic, les étudier ensemble.

(1) Voir *Congrès français de chirurgie*, 1895, et *Société de chirurgie* (1895-1896).

A ce point de vue, je désire montrer que si la radiologie peut nous être très utile, on peut s'en passer, quelquefois même on doit s'en passer, et cela dans les cas où on ne peut avoir les instruments nécessaires.

Dans les cas où on peut faire la radiographie, il faut savoir qu'elle ne peut toujours fournir une localisation absolument précise des lésions, ou du moins de la cavité qu'il importe d'ouvrir, attendu que cette cavité se trouve au milieu d'un tissu ou scléreux ou enflammé et que la radiographie donne une ombre étendue à tout ce tissu enflammé.

Il peut donc arriver que dans une opération on puisse ouvrir une cavité et en laisser une autre. C'est ce qui est arrivé à M. Berger qui a cité le cas.

C'est ce qui m'est arrivé dans une opération récente, chez un malade qui m'avait été confié par mon collègue Troisier, et qui est mort huit jours après malgré l'intervention.

L'autopsie faite par M. Rostaine, interne de M. Troisier, a démontré qu'il existait à 1 centimètre environ de la cavité ouverte une deuxième cavité.

Mais l'autopsie a aussi montré qu'il existait une broncho-pneumonie généralisée qui, au dire de M. Troisier, a été un des grands facteurs, sinon le seul facteur de la mort.

En effet, après l'opération, la température avait baissé, l'odeur des crachats avait disparu; il est vrai qu'elle avait reparu après quatre jours, de sorte qu'on peut se demander si le foyer que nous pensions avoir méconnu ne s'était pas développé depuis l'opération.

Voici, du reste, cette opération :

Obs. I. — *Pneumotomie pour gangrène pulmonaire* (27 mars 1903). — Incision de 7 centimètres, sur le trajet de la 5e côte, suivant une ligne horizontale passant par le manubrium. On résèque la 5e côte sur une étendue de 6 centimètres. Sur la ligne axillaire, incision de la plèvre épaissie, au thermo-cautère. On tombe sur le poumon sphacélé. On a l'impression d'une cavité cloisonnée au fond de laquelle on voit du tissu sphacélé (verdâtre) par places. Hémorragie légère du tissu pulmonaire que l'on arrête par un tamponnement à gaze aseptique qu'on laisse dans la plaie. La plaie cutanée est rétrécie à sa partie postérieure par deux points au catgut.

Chloroforme.

Ici, du reste, les signes stéthoscopiques avaient été mobiles, fugaces, au point que, le malade étant passé dans mon service, les élèves avaient été plus frappés des signes de bronchite du côté non malade et avaient pensé qu'il s'agissait de gangrène diffuse

du côté droit, alors qu'il n'y avait que de la bronchite généralisée, qui avait dégénéré en une broncho-pneumonie, ainsi que l'autopsie l'a fait constater.

Chez ce malade, comme chez d'autres, que je vais citer, les signes stéthoscopiques ont permis de localiser les lésions.

Il en était ainsi chez une malade que m'a fait opérer à l'hôpital Tenon mon collègue Giraudeau et dont voici l'opération.

Obs. II. — *Pneumotomie pour gangrène pulmonaire* (opérée le 13 janvier 1897). — Incision transversale de 10 centimètres parallèle à la 9e côte. — Le périoste est détaché et la 9e côte réséquée à partir de 6 centimètres environ de la ligne médiane sur une étendue de 6 centimètres. Le poumon palpé donne la sensation d'un tissu hépatisé; la plèvre est adhérente, elle n'a pas l'aspect bleuâtre d'une plèvre saine, elle est gris bleuâtre. Au moyen du thermocautère on fait une incision de 4 centimètres parallèle à la côte et à son niveau. Quand on a pénétré à une profondeur de 2 centimètres on voit apparaître un liquide purulent en petite quantité. Alors sur le milieu de cette incision on en fait tomber une perpendiculaire se dirigeant en haut (T renversé). Du pus apparaît alors mais sans odeur. Je mets le doigt et sans effort je pénètre dans une grande cavité située en haut, au-dessus de mon incision qui en constitue la partie la plus déclive. Immédiatement des quintes de toux se produisent et la malade expulse un lambeau de tissu pulmonaire; immédiatement après elle expulse un deuxième morceau aussi volumineux. Pendant ce temps-là nous sommes infectés par une odeur de carie dentaire repoussante. En même temps la malade expulse des mucosités par la bouche et le nez. Le doigt introduit dans la cavité peut l'explorer et l'on peut constater que la surface est lisse et régulière, limitée par des parois indurées et d'une capacité d'une petite orange. On enlève un petit triangle de tissu pulmonaire entre la tranche verticale et horizontale du T. On met un gros drain et de la gaze iodoformée autour. On ne perçoit pas de sifflement par la plaie. On rétrécit la plaie par des points de suture. Pansement iodoformé. Chloroforme.

Avant l'opération, la respiration était très précipitée. Pendant, elle se faisait par saccades et par quintes. Petite teinte d'asphyxie pendant qu'elle expulsait les mucosités sanguinolentes. Poids des fragments de poumon sphacélés, 32 grammes.

Sortie le 21 février 1897.

De même chez un malade envoyé par M. Fernet et qui avait une caverne du poumon droit, dont l'opération est ainsi relatée sur mon registre d'opération.

Obs. III. — *Pneumotomie pour abcès du poumon* (29 oct. 1899). — Une ponction est faite sur la ligne mamelonnaire à 2 centimètres au-dessous du mamelon; il semble que l'on entre dans une cavité, mais il ne sort rien, quoiqu'on fasse l'aspiration, qu'un peu de sang, et la piqûre de l'incision saigne.

Cela fait, on lave toute la région et on fait une incision parallèle à la 6e côte que l'on résèque sur l'étendue de 4 centimètres environ.

La plèvre apparaît au-dessous, blanchâtre et manifestement adhérente. On incise cette plèvre avec le tissu cellulaire sous-jacent au thermo. Quand on a pénétré à 2 centimètres de profondeur environ, il sort un peu de pus très odorant. Néanmoins, le doigt introduit pénètre dans une cavité trop petite pour correspondre aux phénomènes cavitaires trouvés par l'auscultation et la percussion.

On fait alors une incision perpendiculaire à la côte au thermo, et on tombe alors dans une cavité du volume d'une petite orange, commençant à 3 centimètres de profondeur, et dans laquelle la pince s'enfonce de 10 à 12 centimètres.

Cette cavité laisse écouler une quantité considérable de pus sanguinolent excessivement puant; cette cavité saigne assez abondamment; on la tamponne, et, comme l'incision première ne répond pas suffisamment à la partie la plus déclive de la cavité, on résèque encore en arrière un fragment de 3 centimètres de la côte, et on incise le tissu pulmonaire parallèlement à la côte, ce qui prolonge d'autant l'incision du tissu pulmonaire.

Cela fait, on essuie autant que possible à l'aide d'éponges la cavité, et on rétrécit la partie antérieure de l'incision par un catgut.

Pansement iodoformé. Chloroforme.

Ce malade a guéri de son opération.

Au bout de quelque temps (23 déc. 1899), ce malade est parti dans son pays, aux environs de Pau, non complètement cicatrisé. J'ai eu de ses nouvelles six mois environ après; il était guéri.

Voici un autre cas que j'ai opéré en 1898 aux environs de Malesherbes avec le Dr Marquézy et avec l'assistance du Dr Billard.

Obs. IV. — Il s'agissait d'une caverne consécutive à une pneumonie post-grippale chez un alcoolique, et siégeant au sommet du poumon gauche.

Le malade était très affaibli, le choc post-opératoire a été assez intense, néanmoins il a bien supporté les accidents immédiats et secondaires. Mais il est mort subitement un mois après l'opération, alors que tout faisait espérer une guérison prochaine.

Voici encore un autre cas :

Obs. V. — En 1899, au mois d'août, je suis appelé le jour de mon départ pour les vacances auprès d'un jeune homme de vingt-six ans que j'avais opéré l'année précédente d'un abcès périnéphrétique *gauche* qui paraissait avoir eu pour point de départ une lésion broncho-pulmonaire surtout localisée *à droite* et qui s'accompagnait d'une expectoration extrêmement fétide.

Il avait très bien guéri de son abcès périnéphrétique et en très peu de temps; il lui restait néanmoins quelque chose du côté du poumon, car de temps en temps il avait à la bouche un mauvais goût, et il expectorait des crachats fétides, analogues à ceux qu'il rendait dans la période aiguë de son affection broncho-pulmonaire.

Je suis donc appelé auprès de ce malade qu'on me dit être atteint d'une appendicite. En effet, je le trouve avec un ventre ballonné, un point douloureux très violent siégeant dans l'abdomen du côté droit, mais avec cela une dyspnée assez intense et qui me frappa. Comme je n'avais que quelques minutes à moi, j'appelai l'attention du médecin traitant sur cette dyspnée et partit peu édifié sur l'existence d'une appendicite, recommandant à mon confrère d'appeler plutôt un médecin.

A mon retour de vacances, j'appris que mon malade avait eu, le lendemain de ma visite, une vomique, et tous les accidents avaient cessé au point que quelques jours après il avait pu être transporté à la campagne. Il avait été atteint d'une de ces formes de pneumonie ou pleuro-pneumonie à point de côté abdominal (pseudo-appendicite pneumonique, comme en signale le Dr Fernand Garreau dans sa thèse, Paris 1903). Il rentre de la campagne au mois d'octobre et je constate alors les signes d'une caverne siégeant à la partie moyenne du poumon droit, au niveau de l'angle de l'omoplate.

J'incise à ce niveau, résèque une côte sur une étendue de 5 centimètres, ouvre une cavité d'où sort un pus fétide; l'orifice étant trouvé un peu étroit, je résèque encore 5 centimètres de la côte inférieure, trouve une cavité anfractueuse communiquant largement avec les bronches; je mets deux gros drains et fais un tamponnement.

A partir de ce moment, toute odeur de l'haleine disparaît, le malade n'a plus ce goût fétide dans la bouche et après deux mois la guérison paraît complète.

Quelque temps après il va voir le Dr Faisans qui lui donnait des conseils de temps en temps et qui le félicite de sa bonne santé, ne trouvant rien à l'auscultation la plus minutieuse du poumon.

Or, le lendemain, le mauvais goût revenait à la bouche et, quelques jours après, un nouvel abcès se formait avec une telle rapidité que le matin du jour ou je devais l'opérer, il s'ouvrait spontanément.

Néanmoins je dus intervenir à nouveau pour agrandir l'ouverture : les côtes enlevées s'étaient reproduites et fusionnées : je fis un large débridement et une large résection. L'abcès resta fistuleux.

Pour tarir cette fistule je débridai au bout de six mois, trouvai une arrière-cavité qui ne se vidait pas bien, fis une contre-ouverture avec résection costale, drainai largement, substituai au bout d'un certain temps au drain en caoutchouc un drain en argent que le malade porta six mois, et enfin je laissai fermer la plaie qui est aujourd'hui guérie depuis plus de dix-huit mois.

Dans tous ces faits, les signes stéthoscopiques, sauf dans celui qui m'est commun avec M. Troisier, ont été largement suffisants pour permettre un diagnostic de localisation facile.

Voici maintenant deux faits qui, pour n'être pas des exemples de gangrène pulmonaire, peuvent en être rapprochés au point de vue du diagnostic du siège de la lésion.

Obs. VI. — Dans un cas, il s'agit d'un kyste hydatique suppuré du foie et du poumon que j'ai vu et opéré avec les docteurs Yot (de Versailles) et Marcel Garnier (de Paris).

Il s'agit d'une femme de cinquante ans dont j'avais opéré la sœur il y a sept ans pour une luxation ancienne du coude.

Cette dame avait été prise, aux environs de Pâques de l'an dernier, de phénomènes grippaux qui s'étaient accompagnés des signes d'une pleurésie légère en nappe, du côté droit.

Les accidents aigus s'étaient bientôt atténués, mais il était resté de la faiblesse, de l'inappétence, des sueurs ; puis étaient apparus de nouveau des signes du côté du poumon droit ; la fièvre était devenue vive avec les allures d'une fièvre infectieuse.

Bientôt se produisit une vomique qui fut suivie d'une chute complète de la température, mais bientôt celle-ci remonta pour descendre après une nouvelle vomique.

C'est après la troisième que je suis appelé. Entre temps les signes stéthoscopiques étant très peu nets, les docteurs Garnier et Yot avaient fait, en arrière, plusieurs ponctions infructueuses.

Je la vois pour la première fois le 20 juillet dernier : je l'ausculte à mon tour avec le plus grand soin, sans pouvoir trouver un point où localiser la lésion. Toute la moitié inférieure du poumon droit en arrière et par côté était mate et on entendait peu la respiration.

L'état général était très mauvais, la faiblesse extrême ; l'urgence d'une intervention était manifeste.

En l'absence de tout signe bien net, je conseillai d'attendre la première vomique et, dès qu'elle se produirait, de prévenir le Dr Garnier pour ausculter la malade dans des conditions favorables.

Le lendemain, le Dr Garnier était appelé ; une vomique s'était

produite le matin même. J'allai voir la malade; je trouvai le Dr Garnier en train d'examiner la vomique et y découvrant des poches hydatiques vides. Le diagnostic de pleurésie interlobaire, que j'avais cru devoir faire, se trouvait ainsi modifié pour être celui de kyste hydatique suppuré du poumon, peut-être du foie et du poumon en même temps.

Nous l'auscultâmes avec le plus grand soin et nous finîmes par découvrir tantôt à l'inspiration, tantôt à l'expiration un bruit de souffle, et enfin en pressant dans la région nous déterminâmes une douleur très vive dans le même point qui siégeait sur le côté droit du thorax au niveau des 5e ou 6e côte.

Je marquai avec un badigeonnage iodé le point où siégeait le mal.

Je l'opérai le 24 juillet avec le concours des docteurs Yot, Broussin, Garnier et Legrand. Je réséquai deux côtes (5e et 6e) sur une étendue de 6 centimètres environ, et tombai, après avoir traversé les deux feuillets de la plèvre adhérente et 3 centimètres de tissu pulmonaire, dans une cavité du *volume du poing*, dans laquelle devait s'ouvrir une grosse bronche, en raison de la violence du courant d'air qui venait de la profondeur.

Je mis deux gros drains qui s'enfonçaient à 12 centimètres au moins et rétrécis l'orifice cutané.

Le lendemain, le pansement et le lit étaient littéralement inondés de bile, et il en fut ainsi pendant quinze jours, pas une goutte de bile ne passant par l'intestin. J'allais adapter un tube et un récipient pour recueillir cette bile, quand la bile cessa de couler brusquement. Cet écoulement reparut après quelques semaines pour trois jours seulement et puis cessa définitivement. Il persista une fistulette (de 10 centimètres environ) qui, sous l'influence de quelques gouttes de naphtol camphré, s'est fermée, et la guérison persiste depuis le mois de janvier.

Obs. VII. — Dans l'autre cas, il s'agissait d'une pleurésie interlobaire haut située dont les premiers symptômes, sous la forme d'un point de côté bas situé, et d'une dyspnée intense, s'étaient montrés douze jours après une opération d'abcès appendiculaire.

Le professeur Gaucher et le Dr Lapeyre avaient constaté tout d'abord une pleurésie séreuse en nappe ; on avait fait à quelques jours de distance deux ponctions qui avaient fait un peu baisser la température d'ailleurs peu élevée, mais, comme la fièvre persistait, le professeur Gaucher avait diagnostiqué un foyer purulent et avait demandé qu'on me fît rappeler pour le chercher et l'inciser.

En auscultant avec soin, je finis par découvrir presque sous

l'aisselle, sur la face latérale gauche du thorax, un peu au-dessus d'une ligne horizontale passant par le mamelon, un bruit de souffle doux, et enfin par la pression je déterminai une douleur violente.

Cela nous suffit, au Dr Lapeyre et moi, pour nous guider, et le lendemain, après ponction positive, je pratiquai l'incision qui me conduisit dans un foyer que je pensai être un foyer de pleurésie interlobaire.

Ce malade est mort, malheureusement, un mois après, d'une méningite infectieuse.

Un bruit de souffle fugace, tantôt *inspiratoire*, tantôt *expiratoire*, et une *douleur vive à la pression*, ont été dans ces deux derniers cas des signes suffisants, et qui ont pu guider le bistouri.

J'appelle l'attention sur ces deux signes qui ont été pour moi d'une grande importance et m'ont permis d'opérer utilement.

La guérison de la gangrène pulmonaire ou tout au moins de lésions qu'on peut cliniquement ranger sous cette rubrique est un fait acquis et bien connu. J'en ai pour ma part un exemple dans mon service chez un rétréci envoyé par mon collègue Troisier, et qui a eu, il y a quatre ans, une gangrène dont il est resté guéri.

Il faut toutefois se méfier des accalmies. J'en ai cité un exemple : chez mon malade, la période d'accalmie a pu être d'une année. Ce fait montre en même temps qu'on peut et qu'on doit poursuivre les rechutes qui peuvent se montrer en pareille circonstance. Le succès peut être au bout.

Telles sont les considérations que je désirais vous soumettre. Quant aux statistiques, elles n'ont de valeur que si elles sont accompagnées d'observations authentiques.

Rapport.

De l'ablation esthétique des tumeurs du sein, par M. H. Morestin.

Rapport de M. DEMOULIN.

M. Morestin nous a présenté, récemment, deux jeunes filles, opérées par lui, de tumeurs bénignes du sein, par un procédé qui lui est particulier. Notre collègue a pu faire l'énucléation de ces tumeurs, par une simple boutonnière axillaire, pratiquée dans le

fond de l'aisselle, et comprise dans le territoire pileux de cette région, si bien que la cicatrice est complètement dissimulée.

C'est là une tentative qui me paraît mériter votre attention.

On s'est, depuis longtemps, préoccupé d'éviter aux femmes le gros ennui d'une cicatrice apparente du sein. Gaillard Thomas, D. Mollière, Quénu, et bien d'autres chirurgiens, ont utilisé le sillon sous-mammaire, et Bröse (de Berlin) préconisait encore cette voie, en décembre 1902, dans une communication faite à la Société médicale. C'est pour rendre les cicatrices post-opératoires du sein aussi peu apparentes que possible qu'on a recommandé la suture intra-dermique des incisions faites dans la région mammaire.

Se trouvant en présence d'adéno-fibromes du sein, très mobiles, M. Morestin a pensé qu'il pourrait les enlever, facilement, par une incision faite en dehors de la région mammaire, dans l'aisselle, où elle restera toujours exactement cachée de telle façon, « Qu'elle reste ignorée, si l'intéressée le veut, et puisse être graduellement oubliée par elle-même. »

Il a déjà exposé sa technique à la Société anatomique, dans la *Presse médicale* (11 octobre 1902), et au dernier Congrès français de chirurgie (1902), où il a montré ses premières opérées. Comprenant bien, qu'en pareille matière, on ne saurait apporter de meilleur argument que des faits, dès qu'il a eu d'autres cas, il s'est hâté de les soumettre à votre contrôle.

Laissez-moi d'abord vous rappeler l'histoire clinique des deux malades que notre collègue nous a présentées.

I. — Félicie M..., âgée de dix-neuf ans, est entrée, le 5 février 1903, à l'hôpital Saint-Louis, isolement, n° 7, pour une petite tumeur occupant la partie supérieure du sein droit, tumeur dont l'existence avait été reconnue six mois auparavant. Depuis cette époque, elle s'était accrue lentement, mais d'une façon notable, passant du volume d'une noisette à celui d'une petite noix. Récemment la malade a commencé à éprouver quelques douleurs au niveau de la tumeur, parfois en travaillant à la couture, penchée en avant sur son ouvrage, ou encore, quand elle portait des vêtements un peu serrés, d'autres fois sans cause appréciable. Ce sont des douleurs lancinantes, ou une sensation de pesanteur, de gêne. La pression avec les doigts est légèrement sensible, sans être positivement douloureuse. Les règles n'influent, en aucune manière, sur le volume de la tumeur, ni sur les sensations pénibles qu'elle détermine. Il n'y a jamais eu d'écoulement par le mamelon. La jeune fille est vierge, très régulièrement réglée. Sa santé générale est excellente et elle n'a jamais été malade. Les seins, médiocre-

ment développés, n'offrent extérieurement aucune différence bien appréciable, sauf un léger relief formé, à droite, par la tumeur.

La mamelle gauche est saine. L'autre présente aussi une consistance normale, sauf au point occupé par la tumeur. Celle-ci réunit tous les caractères des tumeurs bénignes. Elle est arrondie, légèrement bosselée, de consistance très ferme, et uniforme, indépendante des téguments, sans adhérences profondes, et *très mobile dans l'épaisseur de la mamelle.* Dans l'aisselle, l'exploration la plus minutieuse ne révèle aucun engorgement ganglionnaire.

Il s'agissait, selon toute probabilité, d'un adéno-fibrome. La tumeur occupant la partie supérieure et interne du sein, placée en dedans de la verticale passant par le mamelon, il était évident que l'incision directe laisserait une cicatrice disgracieuse. La mobilité de l'adéno-fibrome, sa consistance ferme, susceptible de fournir une bonne prise aux instruments tracteurs, la netteté de ses limites, indiquant son encapsulement, m'engagèrent, dit notre collègue, à en faire l'extraction par la boutonnière axillaire. Opération le 8 février 1903; — sortie de l'hôpital le 16 du même mois.

II. — Le jour même où Félicie M... quittait l'hôpital Saint-Louis, une autre jeune fille, également couturière, Marie F..., atteinte, elle aussi, d'adéno-fibromes des deux seins, fut admise dans le service et prit le lit que l'autre abandonnait, isolement, n° 7.

Son cas était superposable au précédent, à cela près, qu'au lieu d'une tumeur, il y en avait deux et qu'elles étaient plus volumineuses. Grosses comme de fortes noix, elles étaient symétriquement placées à la partie supérieure des deux seins; la verticale passant par le mamelon divisait, celle de gauche, en deux moitiés égales, celle de droite, en deux portions inégales, laissant deux tiers en dedans d'elle et un tiers en dehors. Des deux côtés, d'ailleurs, même caractères : tumeur bosselée, de consistance très ferme et *d'une très grande mobilité.* Pas la moindre trace d'adhérence superficielle ou profonde, pas de ganglions, aucun écoulement par le mamelon. Ces tumeurs évoluaient depuis déjà trois ou quatre ans. Elles grossissaient très lentement. Indolentes à la pression, en temps ordinaire, elles devenaient douloureuses au moment des règles, qui sont elles-mêmes douloureuses, et en outre irrégulières, comme abondance, comme durée et comme date d'apparition. La malade est vierge. Aucune maladie antérieure. État général satisfaisant. Rien à noter par ailleurs, sinon, qu'il s'agit d'une *nerveuse.* Dans les débuts, on avait pu discuter la possibilité d'une maladie

kystique, dont la bilatéralité est un caractère habituel, mais, au moment où nous avons vu la malade, le diagnostic était devenu très simple. Chaque tumeur, à l'état de lésion isolée, dans la mamelle correspondante, partout ailleurs saine en apparence, offrait les caractères classiques des adéno-fibromes, et même, leur contour bosselé, leur consistance dure, indiquaient si clairement leur nature, que je ne jugeai pas utile de faire, à titre de contrôle, une ponction exploratrice (Morestin).

L'opération eut lieu le 16 février, la sortie de l'hôpital le 27. L'ablation des deux tumeurs fut pratiquée dans la même séance et d'une manière identique.

— M. Morestin décrit minutieusement la manière dont il a opéré dans ces deux cas; si je ne l'ai pas transcrite ici, me bornant à rapporter la partie clinique des observations, c'est pour ne pas m'exposer à des redites inutiles.

Voici la technique suivie par notre collègue.

1° Dans le creux de l'aisselle, préalablement rasé, on fait à la peau une incision longue de 5 à 6 centimètres, comprise dans le territoire pileux et cheminant au voisinage de sa limite antérieure.

2° La peau traversée, on creuse dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané un tunnel, qui conduit d'abord vers la mamelle et à la tumeur ensuite. Ce tunnel est fait à l'aide d'un bistouri glissé à plat sous la lèvre antérieure de l'incision; puis avec des ciseaux, manœuvrant dans l'épaisseur du pannicule adipeux, on se dirige, par le plus court chemin, vers la partie de la glande occupée par la tumeur.

Pour faciliter ce travail et diminuer la distance à parcourir, on attire, d'une main, la mamelle saisie au niveau de la tumeur, en haut et en dehors, la rapprochant de la plaie axillaire, le bras étant écarté, le moins possible, du tronc.

3° Alors, dans un troisième temps :

ou bien on ouvre avec les ciseaux la loge de la tumeur, qu'on saisit ensuite avec une pince de Museux;

ou bien on saisit d'abord la tumeur avec la pince, et on ouvre sa loge consécutivement.

4° Dès que la loge de la tumeur est ouverte, on sent le néoplasme s'énucléer de la mamelle, et cette énucléation est terminée, soit par des mouvements de torsion, combinés à l'emploi des ciseaux, soit avec le doigt qui dirige la pointe des ciseaux.

5° La tumeur enlevée, la plaie résultant du décollement de la peau est largement drainée jusqu'au siège de la tumeur, et l'incision cutanée axillaire suturée.

Vous pouvez vous rendre compte des différents temps opératoires que je viens de décrire, en jetant un coup d'œil sur les photographies qui m'ont été remises par M. Morestin, et qui sont celles de la malade de l'observation I.

Dans une des observations de notre collègue, dans la seconde, où il s'agit d'adéno-fibromes des deux seins, il n'y eut pas le moindre incident, les suites furent complètement apyrétiques. Le drain a été enlevé au bout de quarante-huit heures; la malade opérée le 16 février quittait l'hôpital, guérie, le 27 du même mois.

Dans le premier cas, un léger hématome s'était, malgré le drainage, produit dans le point antérieurement occupé par la tumeur; il se résorba aseptiquement, et la malade n'eut d'autre inconvénient que celui de conserver, pendant quelques jours, un sein ecchymotique.

Les deux malades qui nous ont été présentées ont des seins dont la forme ne laisse rien à désirer ; leurs cicatrices axillaires sont à peine visibles. Le résultat des opérations de M. Morestin me paraît, je le répète, véritablement digne d'attirer votre attention.

Quatre fois déjà notre collègue a employé le procédé opératoire que je viens de décrire et toujours avec le même succès.

Mais il a choisi ses cas et n'a opéré que pour des tumeurs bénignes, des adéno-fibromes, bien limités, très mobiles, sans connexions profondes, qui ne tenaient que fort peu à la mamelle, et c'est dans ces cas seulement que je crois son procédé réellement utile. Il vaut mieux y recourir, malgré les reproches que je vais lui faire, que de se rallier à la formule de Reclus et Forgue qui écrivent, à propos du traitement des tumeurs adénoïdes du sein, qu'il vaut mieux s'abstenir que d'opérer « quand il s'agit de malades, jeunes, coquettes, réfractaires à l'idée de l'opération et de la disgraciosité cicatricielle... » Je crois, d'ailleurs, que les malades jeunes ne sont réfractaires à l'intervention, qu'en raison de la cicatrice qu'elles prévoient; et qu'elles accepteraient très bien l'opération, si on leur promettait qu'il n'en restera pas de trace, ou du moins, que cette trace sera si bien dissimulée, qu'elle ne pourra être découverte, même par les personnes vivant dans leur intimité.

Le procédé de notre collègue est beaucoup plus délicat que l'incision directe, mais, pour conserver à une jeune femme l'intégralité de sa beauté, le chirurgien peut bien se donner quelque peine, si surtout il a la conviction qu'il ne fait courir aucun risque à sa malade.

Nul ne contestera qu'une incision cutanée de 4 à 6 centimètres dans l'aisselle, proprement faite, est sans danger pour la malade.

Dès que cette incision est pratiquée, sa lèvre antérieure est décollée et l'instrument dirigé vers le sein, dans le tissu cellulo-graisseux sous-cutané, n'ouvre pas l'aisselle.

Le décollement de la peau dans une large étendue, puisque le tunnel creusé peut avoir dans quelques cas une longueur de 12 à 15 centimètres, présente-t-il des inconvénients? Non. — Dans une de nos dernières séances, à propos des amputations très larges du sein, quelques-uns d'entre nous insistaient sur l'innocuité des décollements fort étendus de la peau, faits autour de la plaie d'amputation, afin de pouvoir combler la brèche, par glissement du tégument externe. M. Morestin a poussé dans quelques cas ces décollements jusqu'à une limite inconnue avant lui, et il n'a jamais eu ni hémorragies ni sphacèle; il savait donc, qu'en creusant un vaste tunnel, de l'aisselle au sein, il n'avait rien à redouter.

La manœuvre est simplement délicate, mais, pendant que les ciseaux cheminent dans le pannicule adipeux sous-cutané, les doigts de la main gauche apprécient très bien leur situation exacte, et le travail de l'instrument tenu de la main droite. On suit la face profonde des téguments, évitant tout écart vers la profondeur. Chemin faisant on ne rencontre aucun organe dangereux.

Je ne puis m'empêcher de faire remarquer que si un opérateur inexpérimenté se rapprochait trop de la peau, que s'il blessait sa face profonde, il pourrait en résulter un sphacèle qui donnerait une cicatrice plus étendue et plus apparente que celle qui résulterait de l'incision directe. Il y a donc là un danger; mais, la chirurgie ne doit être pratiquée que par des mains habiles.

Le temps le plus délicat est, dit M. Morestin, celui de l'ouverture de la loge occupée par la tumeur et la libération de celle-ci. C'est bien mon opinion. A moins d'avoir affaire à un petit adénome pédiculé et qui ne tient au sein, pour ainsi dire, que par un fil, ce qui, heureusement, est assez fréquent, on ne peut nier que les manœuvres de libération d'une tumeur assez volumineuse, telle que celles opérées par notre collègue, qu'elles soient faites avec les ciseaux ou avec les doigts, sont toujours aveugles, et c'est là le gros reproche que je ferai à la méthode. Je m'empresse d'ajouter que les résultats qu'il a obtenus semblent prouver que, malgré tout, l'énucléation des adéno-fibromes du sein, même volumineux, se fait facilement et complètement, quand on sait combiner les manœuvres des ciseaux et des doigts avec la torsion de la tumeur. Quoi qu'il en soit, il y a là une ombre au tableau, et mon devoir était de la signaler.

J'ai déjà dit, et je le répète, que d'après les faits rapportés par

M. Morestin, l'hémorragie n'est pas à craindre, et que si un léger écoulement sanguin se produit, le drainage en assure l'écoulement; que si, enfin, quelques caillots se forment, au lieu précédemment occupé par la tumeur, le petit hématome qui en résulte se résorbe facilement, quand l'opération a été faite aseptiquement.

M. Morestin pense que toutes les tumeurs bénignes du sein pourraient être enlevées par la boutonnière axillaire. A la vérité, celles dont il a fait l'extirpation occupaient la partie supérieure du sein, siégeaient en dehors de la verticale passant par le mamelon, ou étaient à cheval sur elle. Les circonstances ne lui ont pas encore permis de faire cette démonstration pour le segment inférieur de la mamelle, pour les tumeurs qui siègent sur sa moitié interne. Je crois que le procédé leur serait applicable sans difficultés.

Il n'est applicable aussi qu'aux tumeurs bénignes solides, de consistance ferme, capables de supporter la traction des pinces à griffes, et ne saurait être employé pour les kystes du sein, pour les adénomes kystiques.

Si quelques réserves doivent être faites sur l'extraction des adénomes du sein, par la boutonnière axillaire, je me plais à reconnaître que le but cherché par notre collègue a été entièrement atteint, que les résultats qu'il a obtenus sont fort beaux. Sur les deux malades qu'il nous a présentées, la petite cicatrice, reléguée dans le fond de l'aisselle, était absolument invisible, et rien, au niveau du sein, ne trahissait l'opération subie.

Si je compare les opérées de notre collègue à l'une des miennes, d'une réelle beauté, chez laquelle je suis intervenu l'an dernier par l'incision directe, je ne peux que déplorer de n'avoir pas connu la technique de M. Morestin, car, si ma cliente ne conserve qu'une très petite cicatrice, elle n'en est pas moins très affectée.

M. Morestin a écrit et a répété, ici, lors de la présentation de ses malades, que la technique qu'il propose ne doit être employée qu'*exceptionnellement*, qu'elle n'est de mise que chez certaines malades pour lesquelles « la jeunesse et la beauté des formes créent une situation privilégiée », à condition, encore, qu'il s'agisse de tumeurs incontestablement bénignes, circonscrites et mobiles, et de consistance ferme.

Il me semble, qu'avec ces restrictions, on peut l'approuver, même si on ne se décide pas à suivre son exemple.

Je tiens à faire remarquer, en terminant, que M. Morestin a une véritable passion pour l'esthétique de ses malades, et que l'ablation des tumeurs du sein, par une incision dissimulée dans l'ais-

selle, n'est qu'un des chapitres du programme plus vaste qu'il cherche à remplir dans sa pratique journalière.

C'est ainsi qu'il s'est servi d'une boutonnière axillaire, analogue à celle qu'il emploie pour l'ablation des adéno-fibromes du sein, pour ouvrir des abcès froids thoraciques, pour réséquer un fragment huméral qui avait embroché le deltoïde; qu'il a préconisé une incision rétro-auriculaire, dont la cicatrice se trouve cachée, plus tard, par le pavillon de l'oreille, pour ouvrir certaines collections purulentes de la région parotidienne, pour enlever des petites tumeurs bénignes de la même région; qu'il s'est servi d'une incision pubienne transversale, placée dans le territoire pileux, pour extirper de petits kystes de l'ovaire (incision déjà usitée par d'autres chirurgiens); qu'il a utilisé des incisions de direction diverse faites dans le même point, pour la cure des hernies inguinales, etc.

Je n'ai pas à apprécier ces tentatives, mais je voulais vous les signaler, pour vous montrer quelles sont les tendances de notre collègue.

Je vous propose, Messieurs, de remercier M. Morestin de son intéressante présentation et de l'inscrire, en bon rang, sur la liste des candidats, quand nous aurons à élire un membre titulaire.

M. Guinard. — L'été dernier j'ai eu l'honneur d'être suppléé dans mon service de la maison Dubois par M. Morestin et j'ai vu des malades opérés par ces incisions esthétiques. A la rentrée, j'eus à soigner une belle jeune fille de vingt ans qui avait un adénome du volume d'une grosse noix dans le pôle supérieur du sein droit; mes internes, qui avaient assisté M. Morestin dans ses opérations, m'incitèrent à enlever cette tumeur par une incision axillaire. C'est ce que je fis. Je dois dire que cette petite opération m'a paru aussi facile que possible; elle ne me semble pas du tout nécessiter cette habileté chirurgicale dont nous a parlé M. Demoulin. J'ajoute que le drainage me paraît bien inutile pour ces petites tumeurs. Je n'ai pas fait le moindre drainage, et, avec un peu de compression sur le sein, comme après une opération ordinaire sur la mamelle, je n'ai observé aucun incident fâcheux.

Dans une autre circonstance j'ai pu enlever les trois quarts environ de chaque mamelle, chez une jeune femme mince et élancée qui avait une hypertrophie extraordinairement marquée des seins, en faisant deux incisions demi-circulaires dans le sillon sous-mammaire. Je n'ai pas usé de drainage, bien que j'aie enlevé 1.200 grammes d'un côté et 1.400 grammes du côté gauche.

Le résultat a été parfait, bien qu'à droite j'aie dû donner issue

quelques jours après à un épanchement sanguin; les cicatrices, qui sont très étendues, sont absolument cachées par ce qui reste des mamelles.

La voie sous-mammaire est donc excellente pour les tumeurs volumineuses, alors que l'incision axillaire doit être réservée aux adénomes de petites dimensions.

Quant à l'incision transversale sus-pubienne pour les laparotomies, j'avoue que je suis beaucoup plus réservé. J'ai vu une malade opérée ainsi par M. Morestin. Sa cicatrice était cachée sous les poils repoussés, mais au toucher on sentait très bien les irrégularités de la cicatrice. Je crois qu'on ne pourra, par cette incision, enlever que des tumeurs de petit volume. Et dans ces cas-là une petite incision verticale est cachée à demi sous les poils du pubis, et, si le sujet s'y prête, la partie découverte de la cicatrice devient bientôt fort peu apparente. Il faut bien se rappeler que, sans qu'on sache au juste pourquoi, certains sujets font des cicatrices apparentes, pigmentées, ou chéloïdiennes, et avec ces sujets la cicatrice transversale ne sera pas très esthétique.

Je me rallie donc aux conclusions de M. Demoulin relativement aux incisions esthétiques pour les tumeurs de la mamelle, mais je fais des réserves sur l'incision transversale sus-pubienne pour la laparotomie.

M. Paul Reclus. — Dans la note de notre « Traité de thérapeutique » je faisais sans doute allusion aux tumeurs adénoïdes du sein qui présentent un volume considérable. Pendant plusieurs années en effet j'ai été préoccupé par une jeune fille de dix-huit ans, fort jolie, qui avait un gros fibrome de la mamelle et ce fibrome, malgré son volume, ne troublait pas la symétrie de la poitrine. Or, dans ce cas, l'ablation par l'aisselle aurait été impossible à cause du volume de la tumeur, et de plus elle aurait absolument détruit la symétrie de la poitrine. Eh bien, dans ce cas, après avoir exposé la situation à la famille, j'ai parfaitement accepté l'abstention, sachant que la transformation possible de tumeur bénigne en tumeur maligne ne se fait guère avant trente-cinq à quarante ans. Et à cette époque-là, nous ou nos successeurs, nous pourrons voir.

A propos des cicatrices, je dirai que dans certains lipomes diffus de la nuque on doit s'attendre à des insuccès. Et je me rappelle une jeune femme chez qui, après avoir enlevé un de ces lipomes diffus, la réunion immédiate donna un très bon résultat; mais peu à peu cette cicatrice s'élargit en une plaque blanche désagréable à voir et que notre opérée cacha sous un large collier.

M. Ch. Monod. — J'ai employé avec le meilleur résultat le pro-

cédé esthétique de M. Morestin pour une tumeur non de la parotide, mais de la région parotidienne.

Il s'agissait d'un ganglion hypertrophié pré-auriculaire du volume d'une grosse bille développé chez une jeune fille au devant du tragus.

J'ai fait à l'exemple de M. Morestin une incision rétro-auriculaire à travers laquelle j'ai pu atteindre et énucléer le ganglion tuméfié. La réunion s'est faite *per primam* et la cicatrice est complètement dissimulée.

Pour ce qui est de l'incision sus-pubienne dans la région des poils pour la laparotomie, le procédé n'appartient pas il me semble à M. Morestin. Küstner (1) a publié sur ce sujet un travail en 1897, et Dartigues, élève de Segond, en 1899, un article relatif à la même question.

Ces auteurs font, comme M. Morestin une incision transversale *cutanée*, puis, relevant la lèvre supérieure de cette incision, ils sectionnent longitudinalement les autres couches de la paroi abdominale, péritoine compris, de façon à se donner du jour — le champ opératoire ne pouvant cependant dépasser en ce sens une longueur de 8 à 10 centimètres (2).

M. Quénu. — Je crois peu recommandable le conseil que nous donne M. Reclus d'attendre pour toucher aux tumeurs bénignes *du sein* l'époque de leur transformation. Le plus prudent est de ne laisser dans le sein aucune néoformation et il est possible d'y arriver au prix d'une cicatrice dissimulée. Il est difficile en effet à une malade de saisir le moment où se fait une transformation mauvaise. Quant à l'objection du volume de la tumeur bénigne contre le procédé d'extirpation par une incision dissimulée, je ne la crois pas juste, car il est possible par une incision pectoro-mammaire d'aborder la face postérieure de la mamelle, d'inciser la glande sur cette face postérieure et d'en retirer ce qu'on veut, tumeur solide ou kyste.

M. Reclus. — Le jeune fille dont j'ai parlé avait dix-huit ans et la transformation maligne ne se fit pas avant trente-cinq ou quarante ans. Il nous restait donc de la marge ou opérer la malade avant l'âge dangereux.

(1) Küstner (O.). Der supra-symphisäre Kreuzschnitt, *Centralbl. f. Chir.*, 1897, p. 231.

Dartigues (L.). De l'incision cruciale et de la suture transversale sus-pubienne cachée par les poils dans les laparotomies médianes, *Presse médicale*, 1889, t. II, p. 202.

(2) Voy. Monod et Vanverts. *Traité de Technique opératoire*. Paris 1902, t. II, p. 104.

M. Pierre Delbet. — Je ne veux pas m'occuper de l'indication opératoire dans les tumeurs bénignes du sein. La question porte sur le siège des incisions et je m'y tiendrai.

M. Monod nous a dit qu'il avait employé le procédé de M. Morestin pour enlever une tumeur ganglionnaire de la région cervico-parotidienne. Il me semble que M. Morestin n'est pas le premier à avoir employé les incisions lointaines et dissimulées pour enlever les tumeurs ganglionnaires des régions carotidiennes sus et sous-hyoïdienne. Sauf erreur, je crois que c'est Döllinger, le professeur de clinique chirurgicale de Budapest, qui a proposé le premier de reporter l'incision très en arrière dans les cheveux. Döllinger a publié sur ce sujet des travaux que vous connaissez certainement, mais j'ai peut-être une supériorité sur vous, c'est que j'ai vu opérer le professeur Döllinger. Je l'ai vu opérer non pas à Budapest, mais dans mon service de Bicêtre. Il était venu m'y voir il y a dix-huit mois environ et comme j'avais alors un malade qui paraissait justiciable de sa technique et que j'étais très désireux de l'apprendre de lui-même, je le priai de l'opérer. Eh bien, je dois dire que M. Döllinger ne put par son incision enlever les ganglions malades. Il fut obligé d'inciser secondairement sur la tumeur pour achever l'opération. Ceci est important : notez que Döllinger est le père de cette méthode, il en est l'apôtre ardent, il l'a faite et menée à bien un très grand nombre de fois. Cependant, dans ce cas, il n'a pu réussir. Ceci, je crois, n'est pas fait pour nous attirer vers les incisions lointaines. Il faut savoir en tout cas que, entre les mains les plus habiles, elles ne sont pas toujours suffisantes, et que pour les vouloir employer on peut être conduit tout simplement à faire deux incisions au lieu d'une.

Pour ce qui est du sein, j'ai déjà eu occasion de dire ici que ma pratique est identique à celle de M. Quénu. Je parle uniquement de la manière de faire les incisions et non des indications opératoires. L'incision faite dans le sillon pectoro-mammaire permet de retourner le sein et donne accès dans toute l'étendue de la glande. Elle me paraît très supérieure à l'incision axillaire de M. Morestin.

Je comprends bien comment M. Morestin arrive, par des décollements étendus, sur la tumeur ; mais je ne comprends pas comment il en fait l'ablation. Je vois par les photographies qu'il a jointes à son mémoire qu'il la saisit dans les mors larges de pinces à branches très longues, mais après, que fait-il ? Il tire, il tord, il arrache. Ceci n'a plus rien de chirurgical.

Avec l'incision pectoro-mammaire, au contraire, la voie est libre, largement ouverte et à l'œil, et aux instruments et à la main. Au point de vue esthétique, elle vaut à peu près l'incision

axillaire et elle a sur elle une énorme supériorité puisqu'elle permet de conserver à l'acte chirurgical la correction et la précision qu'il doit avoir.

M. Auffret. — Je fus consulté il y a une douzaine d'anneés sur l'opportunité d'une intervention pour un adénome assez volumineux du sein droit, en présence du prochain mariage d'une jeune fille de dix-huit à vingt ans, fort belle, chez laquelle l'incision devait nuire forcément dans une certaine mesure à l'esthétique.

Je n'hésitai pas cependant à conseiller l'intervention qui fut pratiquée par une incision supéro-latérale aussi petite que possible. L'intervention très rapidement faite fut suivie d'une cicatrisation par première intention qui laissa une cicatrice linéaire de 4 centimètres environ. Aujourd'hui, douze ans après, l'opérée est mère de 4 enfants, se porte à merveille et a une cicatrice blanche peu visible; et je ne peux que me féliciter de n'avoir pas tardé à intervenir, tout en me conformant le plus strictement possible aux exigences de l'esthétique, mais je crois qu'il appartient toujours à la famille et à la personne intéressée de se prononcer en dernier ressort sur le fait de l'intervention.

M. Walther. — Nous ne pouvons que féliciter M. Morestin du soin constant qu'il apporte à éviter une cicatrice disgracieuse. Il est évident que l'opération qu'il a faite avec succès pour les petites tumeurs bénignes du sein donne un résultat idéal au point de vue esthétique.

Mais je me demande comment on peut, sous ce tunnel si long, sectionner à l'aveugle les attaches de la tumeur au point voulu.

J'ai l'habitude, alors même qu'il s'agit de tumeurs bénignes du sein, d'adénomes encapsulés, d'enlever non seulement la tumeur, mais la zone de la glande qui confine à la capsule. C'est une pratique que m'a enseignée il y a bien longtemps mon maître M. Tillaux et à laquelle je suis resté et resterai fidèle, car elle me semble donner une garantie sérieuse contre la récidive ou plutôt contre la transformation de portions de glande déjà atteintes.

Aussi je préfère de beaucoup l'incision faite à la partie inféro-externe du sein, dans le sillon péri-mammaire. Sans doute le résultat esthétique n'est pas aussi parfait, il y a une cicatrice, mais elle est dissimulée, et en somme elle est complètement cachée dans le décolletage compatible avec les exigences de la toilette.

Quant à l'incision esthétique pour les tumeurs encapsulées, même petites, de la parotide, je la repousse absolument. Ici nous avons encore plus besoin de voir, de disséquer plan par plan pour éviter une lésion du facial. D'ordinaire, je le sais, la tumeur

encapsulée de la parotide se développe dans le centre de la glande et laisse au-dessous d'elle le facial, le refoule contre le maxillaire ; mais il n'en est pas toujours ainsi. J'ai opéré il y a quelque temps, à la Pitié, une femme atteinte de tumeur encapsulée de la parotide. Cette tumeur avait refoulé le facial en dehors et l'avait pour ainsi dire énucléé. Il était tout à fait superficiel, rampant sous l'aponévrose. Il aurait été presque fatalement coupé si je n'avais fait la dissection à ciel ouvert.

M. Ricard. — En principe, je suis l'adversaire des incisions petites, disproportionnées à l'importance de l'acte opératoire qu'il s'agit d'entreprendre. L'inconvénient de la cicatrice d'une incision bien réunie doit peser peu dans la balance, quand on veut bien réfléchir que quelques centimètres d'une incision en bon lieu et place permettent une opération rapide, facile et complète. Dans un cas récent, j'ai cru devoir faire fléchir ces principes et, séduit par les résultats de M. Morestin, j'ai cédé aux sollicitations d'une malade jeune et jolie, porteuse d'une petite tumeur parotidienne dont j'ai pratiqué l'ablation par une incision disimulée derrière le le lobe de l'oreille.

Par cette incision petite et éloignée, je parvins assez facilement sur la partie superficielle de la tumeur. Mais ne voyant rien de ce qui se passait dans le fond et désireux d'épargner le nerf facial, je décollai de mon mieux la surface extérieure de la capsule adhérente à la glande et, millimètre par millimètre, je parvins à l'extraire en entier, certain de n'avoir pas quitté ma tumeur et d'avoir évité toute lésion des organes contenus dans la parotide. Or, le soir, mon opérée présentait les signes indiscutables d'une paralysie faciale. La persistance de cette paralysie me fit proposer, au bout de quelques jours, d'agrandir l'incision et de rechercher le nerf facial pour constater ou son intégrité ou sa section et dans ce cas le suturer.

Cet accident ayant ébranlé la confiance que la malade pouvait avoir sur mes mérites chirurgicaux, je priai mon collègue et ami Walther de se charger de cette opération. Il vous dira qu'il trouva le nerf intact dans sa continuité, mais son névrilème était infiltré de sang. Il est évident que cette décortication de la tumeur, rendue aveugle et pénible par la mauvaise situation de l'incision, était la cause de cette infiltration du nerf, par les tiraillements qu'elle avait exercés. Une incision normale, en bon lieu et place, eût évité cette désagréable complication dont la malade n'est encore qu'incomplètement remise après plusieurs mois d'électrisation.

M. Walther. — Je n'ai qu'un mot à ajouter à ce que vient de dire mon ami Ricard pour vous dire ce que j'ai constaté en opé-

rant à nouveau la malade qu'il a bien voulu me confier. J'ai prolongé sur la parotide l'incision rétro-parotidienne primitive. La dissection a été extrêmement laborieuse dans cette glande vidée de sa tumeur et en voie de cicatrisation puisque la première opération remontait à quinze jours. Ce n'est qu'après une heure de dissection très minutieuse, très lente, dans un tissu rouge et saignant, que j'ai pu arriver à reconnaître le facial qui n'avait plus l'aspect d'un nerf. Il était confondu avec les débris de glande environnants; ce n'est que par la dissection de ce cordon rouge suivi jusqu'à sa bifurcation que j'ai pu le reconnaître. J'ai pu acquérir la certitude qu'il n'avait pas été coupé, mais qu'il était sur toute l'étendue de la plaie absolument infiltré de sang, ce qui expliquait les accidents dont nous a parlé Ricard.

Je dois ajouter que sous l'influence d'un traitement électrique, régulièrement continué depuis lors, la mobilité revient peu à peu dans les muscles de la face, mais n'est pas encore rétablie.

Ricard nous a dit qu'il avait la notion très nette qu'il n'avait pu couper le facial parce qu'il n'avait fait qu'inciser la capsule.

Mais si le facial avait eu la situation anormale que j'ai rencontrée dans le cas que je vous citais tout à l'heure, il l'aurait presque fatalement sectionné sans en avoir conscience.

Dans tous les cas, je le répète de nouveau, avec mon ami Ricard, je crois qu'il faut absolument rejeter l'incision à distance et l'extirpation sous-cutanée pour les tumeurs de la parotide.

M. Pierre Sebileau. — Il n'est pas nécessaire d'avoir opéré beaucoup de tumeurs de la parotide pour se rendre compte qu'on ne peut jamais apprécier cliniquement d'une manière exacte les connexions du néoplasme ni son degré de pénétration dans le parenchyme glandulaire. Les incisions dites « esthétiques », dissimulées derrière le pavillon de l'oreille ou dans le cuir chevelu, me paraissent donc relever, pour le cas particulier, d'une très défectueuse chirurgie, capable de donner à l'opérateur et à l'opéré de graves mécomptes. Cette coquetterie n'est, je crois, applicable qu'aux tumeurs très superficielles et de petit volume de la région parotidienne, très évidemment extériorisées, et qui sont presque toujours des adénopathies. En dehors de ces cas, elle est dangereuse et, à mon avis, condamnable.

M. Demoulin. — Comme le faisait remarquer, il y a un instant, notre Président, la discussion a un peu dévié.

On a parlé de la transformation des adénomes du sein, du traitement des kystes de la mamelle, de la disgraciosité ultérieure d'une suture intra-dermique d'abord irréprochable; tout cela est fort intéressant, mais je n'ai pas à m'en occuper.

J'ai dit que, pour montrer les tendances de M. Morestin, au point de vue de la chirurgie esthétique, je rapprocherais de la boutonnière axillaire, pour l'ablation des tumeurs du sein, l'incision rétro-auriculaire qu'il emploie pour drainer les collections parotidiennes, opérer de petites tumeurs de la parotide, l'incision transversale sus-pubienne qu'il pratique, dans la région des poils, pour enlever certaines petites tumeurs abdominales, opérer des hernies inguinales.

Je n'ai pas entendu dire que l'incision rétro-auriculaire ait été préconisée pour la première fois par Morestin et je remercie Delbet d'avoir rappelé qu'elle a d'abord été recommandée par Döllinger; de même pour l'incision transversale sus-pubienne, je sais, ainsi que vient de le dire M. Monod, qu'elle a tout d'abord été préconisée par Küstner et faite aussi par Segond.

Je persiste à croire qu'il vaut mieux enlever un adénome du sein par la boutonnière axillaire que de l'abandonner à lui-même dans la crainte d'une cicatrice, et je crois que tout le monde est, ici, d'accord sur ce point.

Je vois avec plaisir mes collègues Walther et Guinard accepter les conclusions de M. Morestin qui sont aussi les miennes, défendre la boutonnière axillaire pour certains adéno-fibromes du sein, mobiles et d'un volume modéré.

J'avais parlé incidemment de l'incision rétro-auriculaire pour aborder les collections ou les tumeurs petites et mobiles de la parotide.

Ricard et Walther viennent de nous dire qu'ils n'y auront pas recours, parce qu'on ne sait jamais à quelle profondeur pénètre une tumeur qui paraît très superficielle, et qu'on ne connaît pas ses rapports avec le facial. Je partage absolument leur opinion.

Lecture.

M. Michon. — *Calcul biliaire. Occlusion intestinale.*

Le travail de M. Michon est renvoyé à l'examen d'une commission, dont M. Potherat est nommé rapporteur.

Présentations de malades.

M. Mauclaire présente une jeune fille ayant des craquements sous-scapulaires spontanés et bilatéraux.

Fracture du col chirurgical de l'humérus ; échec de l'agrafage métallique ; immobilisation du bras dans l'abduction à angle droit ; réduction et consolidation avec état fonctionnel parfait.

M. Tuffier. — Je vous présente un jeune homme âgé de quinze ans et demi qui, le 19 mars dernier, s'était fracturé le bras dans une chute de bicyclette. La fracture siégeait au niveau du col chirurgical, le fragment supérieur était dévié en dehors et par en haut dans l'épaisseur du deltoïde, et toutes nos tentatives pour le ramener et le maintenir dans la direction de la diaphyse se montrèrent vaines. Je me décidai alors le 21 mars à recourir à la suture osseuse à l'aide des agrafes de Jacoël et le résultat fut d'abord parfait. Mais quelques jours après, je m'aperçus que le fragment supérieur s'était de nouveau mobilisé et la radiographie me montra qu'une agrafe avait lâché du côté de l'épiphyse. Le fragment supérieur ayant repris sa déviation primitive par en haut et en dehors, je pensai que peut-être le meilleur moyen et le plus simple d'assurer la coaptation et la consolidation des fragments en bonne position, c'était d'amener et d'immobiliser le fragment inférieur dans la direction prise par le fragment supérieur. En conséquence, le 27 mars, je fis mettre le bras dans un appareil plâtré qui le maintint en abduction complète, à angle droit, avec le thorax. Cet appareil fut enlevé un mois après, le 25 avril, et on lui substitua immédiatement des séances de massage. La consolidation se fit parfaitement, sans déviation, très rapidement ; le malade put faire des mouvements et se servir de son bras. Actuellement, comme vous pouvez vous en convaincre, son membre ne laisse rien à désirer au point de vue de la forme et de la fonction.

Pour terminer, voici plusieurs radiographies de cet opéré, avant, pendant et après le traitement.

Présentations de pièces.

Tératome intratesticulaire.

M. Guinard. — J'ai l'honneur de vous présenter en mon nom, et au nom de mon ami le Dr Ladroitte (de Brunoy), un testicule qui contient un *tératome simple*, c'est-à-dire ne renfermant que les éléments anatomiques d'un seul système, pour employer la dénomination proposée par mon maître Verneuil.

Voici d'abord l'histoire clinique du malade, telle qu'elle a été recueillie par le Dr Ladroitte.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, vigoureux, sans antécédents morbides, personnels ou héréditaires.

C'est un fils unique, qui n'a jamais eu ni frère ni sœur. Il n'y a jamais eu de jumeaux dans ses ascendants, et il n'y a pas d'anomalies congénitales dans la famille.

Lors de son passage devant le conseil de revision, le médecin constate l'existence d'une tumeur des bourses, qui lui semble être une hydrocèle, et conseille l'opération.

(Cette tumeur existait déjà dès l'enfance, car à l'âge de deux ans une ponction y avait été pratiquée.)

Le scrotum est volumineux et renferme dans sa *moitié droite* une tumeur de la grosseur du poing, piriforme, à grosse extrémité dirigée en bas, nullement adhérente aux enveloppes qui glissent sur elle, lisse et régulière, plutôt rénitente que franchement fluctuante, ressemblant en tous points à une hydrocèle fortement tendue. Le testicule ne peut pas être perçu nettement, mais semble répondre à la partie postéro-inférieure de la tumeur où celle-ci présente une consistance plus ferme.

En aucun point on ne trouve de *transparence.*

Une ponction pratiquée, pour éclairer le diagnostic, avec la seringue de Pravaz, ramène facilement 1 centimètre cube de liquide blanc d'aspect crémeux.

Le malade accepte l'opération sanglante.

Elle est pratiquée quelques jours plus tard.

Incision habituelle de quelques centimètres sur la face antérieure du scrotum. L'ouverture de la vaginale donne issue à quelques gouttes de sérosité, et on voit que la tumeur est intratestisculaire.

L'albuginée se présente dans la plaie sans que la vaginale lui adhère en aucun point; elle a sa coloration nacrée caractéristique. Une ponction avec la pointe du bistouri laisse couler environ une cuillerée à dessert de liquide blanc, épais, homogène (analogue à celui qui avait été extrait à l'aide de la seringue de Pravaz), puis donne passage à une *touffe de poils.*

L'incision est agrandie et ouvre une cavité kystique limitée de toutes parts par la tunique albuginée, et remplie presque complètement de poils noirs, feutrés, formant une masse grosse comme une mandarine, entourée d'une couche du même liquide.

Comme il est impossible d'isoler le testicule du kyste, la castration est pratiquée.

Guérison sans incidents malgré la production d'un hématome considérable.

Examen de la pièce. — L'albuginée entoure complètement le testicule et la tumeur qui forment une masse unique, lisse et arrondie. Extérieurement, aucun indice ne permet de séparer le testicule et l'épididyme de la tumeur. En disséquant le cordon qui plonge dans la masse

à la partie postéro-inférieure, on suit le canal déférent jusqu'à l'épididyme, et on trouve alors le testicule avec son tissu normal, aplati entre l'albuginée et la paroi du kyste dont il est impossible de le séparer. Testicule et épididyme occupent la paroi externe et postérieure de la poche kystique. Du côté interne de cette poche et en avant, on peut facilement décoller et isoler l'albuginée qui a son épaisseur habituelle et son aspect normal. Le kyste contenait, avec de la matière sébacée en abondance, une touffe de poils noirs. Sur la paroi interne, on voit une grande quantité de poils noirs de 2 et 3 centimètres de long, implantés solidement sur une peau rugueuse hérissée de papilles. Cette paroi a tout à fait l'aspect d'une peau très poilue pendant la « chair de poule ». Transversalement, d'un côté à l'autre de la paroi, un bourrelet de 2 à 3 centimètres d'épaisseur divise la cavité en deux étages, l'un supérieur et l'autre inférieur, communiquant ensemble en avant : c'est surtout sur ce bourrelet cutané que sont implantés en masse les poils. En incisant cette épaisse saillie, on trouve qu'elle est due à un second kyste dermoïde ne communiquant pas avec le premier. Ce kyste, pour ainsi dire inclus dans le premier, a seulement le volume d'une noix et ne contient pas de poils. Un magma épais de matière sébacée le remplit et, sur la paroi qui le sépare en avant du grand kyste, on trouve une dent volumineuse bien recouverte d'émail, dont la couronne seule est bien développée. La forme de cette dent est si irrégulière, en forme de pic à une seule pointe, qu'il est impossible de dire si c'est une molaire, une incisive ou une autre dent.

Il y a, en somme, deux kystes dermoïdes distincts, inclus sous l'albuginée; les tubes séminifères du testicule sont très visibles : leur masse est aplatie et étalée sur la poche. Le premier kyste, beaucoup plus volumineux, contient de la matière sébacée, des poils libres, et des poils implantés sur la paroi; le second, plus petit, développé en arrière du précédent, refoule la paroi postérieure qui vient faire une saillie transversale dans sa cavité. Il contient de la matière sébacée, sans poils, et une dent volumineuse est solidement incrustée dans la cloison dermique qui sépare les deux kystes l'un de l'autre.

Plusieurs remarques intéressantes sont à faire ici. D'abord, il faut noter que c'est le testicule droit qui est en cause, et Verneuil, dans son mémoire si remarquable de 1855, comme dans son rapport de 1878 à la Société de chirurgie, avait déjà signalé la prédilection de ces tératomes pour le côté droit, alors qu'on les rencontre rarement à gauche et qu'on n'a jamais vu les deux testicules pris à la fois.

Mais voici qui est plus important. Dans le cas présent, la membrane qui sépare les tubes séminifères de la cavité kystique est très mince, et je ne peux pas admettre qu'elle soit formée de deux albuginées, celle du testicule et celle du tératome. La tumeur est bien développée dans la loge testiculaire : elle est bien intra-testiculaire, et non pas péri-testiculaire. La preuve, c'est que l'albu-

ginée se décolle très bien à la périphérie de la tumeur et se continue nettement avec l'albuginée qui recouvre en arrière le tissu testiculaire étalé.

J'ai relu avec soin les descriptions anatomiques de Bœckel, et de la pièce du musée de Giessen ; j'ai vu que, dans le cas de Geinitz, on avait pu « séparer le testicule de la tumeur » ; que, dans la pièce du musée de Gœttingen, il y avait, entre le kyste et le testicule aplati, une couche épaisse et lardacée composée de tissu conjonctif et de graisse ; que dans la pièce de MM. Labbé et Verneuil, la tumeur implantée sur l'épididyme ou le corps d'Highmore était bien évidemment en dehors du testicule ; il en est de même pour les autres faits dont j'ai lu la description. Cependant, je ne crois pas que la conclusion de Verneuil soit vraie quand il dit « que l'inclusion intra-testiculaire est encore à démontrer », et j'ai précisément intitulé cette observation « Tératome intra-testiculaire ». Je ne veux pas dire par là que la tumeur siège au centre même du tissu testiculaire : j'entends seulement, et c'est l'essentiel, que la tumeur et le tissu testiculaire refoulé sont enveloppés par *une albuginée commune.*

Dans l'observation de Lang, le testicule avait une albuginée distincte « adhérant à la tunique albuginée de la tumeur par des fibres unissantes », et je conçois que Verneuil ait étiqueté cette tumeur tératome péri-testiculaire. Mais pour l'observation de Spiess, je suis porté à croire que l'analogie avec la pièce du Dr Ladroitte est complète, et j'admets, avec Ed. Cruveilhier, qu'il s'agissait comme ici d'une « inclusion viscérale », ou, pour mieux dire, « d'une inclusion intra-testiculaire », pour employer la terminologie de Verneuil.

Pour le cas de Heschl, il fut impossible de trouver le testicule dont « la place était occupée par la tumeur ». On peut supposer que les tubes séminifères, au lieu d'avoir été refoulés en masse, avaient été dissociés et dispersés pour ainsi dire. Ce n'est que l'examen histologique qui aurait pu renseigner exactement à ce sujet.

Le cas de Chevassu, analysé par Picqué, est aussi un cas de tératome intratesticulaire (*Soc. de chir.*, 1898). Je renvoie pour tous les détails, à la thèse récente de M. Pabeuf, inspirée par Mauclaire. On verra qu'à côté des 23 cas connus de tératomes péritesticulaires, il y a neuf cas authentiques de tératomes intratesticulaires. Celui-ci est donc le dixième qui s'ajoute à la liste très courte des faits déjà publiés. Des circonstances indépendantes de ma volonté ont malheureusement empêché l'examen microscopique, mais on peut voir que macroscopiquement la pièce est pour ainsi dire schématique, et les tissus sont très clairement

séparés et reconnaissables. Ce n'est qu'en associant un nombre suffisant de faits de ce genre qu'on pourra un jour se faire une idée exacte de la pathogénie de ces monstruosités et comparer avec fruit les théories de Pigné, de Lebert, de Waldeyer, de Verneuil, etc... J'avoue que l'hétérotopie plastique, la parthénogenèse, la diplogenèse, etc., ne sauraient encore expliquer tous les faits connus de tératomes testiculaires, et je termine en disant avec Verneuil : « Rien n'est encore décidé, et il faut attendre qu'une nouvelle lumière ait éclairé ce coin obscur de la science. »

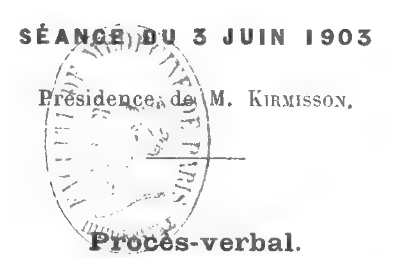
Le Secrétaire annuel,

TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 3 JUIN 1903

Présidence de M. KIRMISSON.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2° Une lettre de M. PICQUÉ qui, souffrant, demande un congé d'un mois.

Communications.

Contribution au traitement chirurgical des ulcères variqueux de la jambe (1),

par M. le Dr J. BRAULT, membre correspondant de la Société.

Sans doute, maints ulcères, trop étendus pour guérir d'une façon durable par les simples topiques, peuvent tirer un large bénéfice des greffes dermo-épidermiques (Ollier-Thiersch), ou de l'autoplastie par les divers procédés à lambeau ; mais ici, dans les ulcères variqueux, il y a peut-être mieux à chercher, et les méthodes qui s'adressent à la fois aux veines variqueuses et à la névrite des rameaux superficiels paraissent, en l'espèce, très rationnelles et doivent être l'objet de nos recherches.

(1) Travail lu par M. le secrétaire général.

Je veux désigner ainsi les méthodes suivantes : circonvallation, résections veineuses, élongation trophique, et surtout les sections préconisées en Italie principalement par Moreschi et Mariani, sections qui agissent à la fois sur les veines et les nerfs régionaux.

Les procédés de ces deux auteurs ont subi déjà de nombreuses modifications : P. Delbet (incisions presque 1/2 circulaires à des hauteurs différentes, réunies à leurs extrémités par une ligne brisée en V), Mauclaire (procédé en guirlande), Reclus (procédé de la jarretière), etc.

J'ai tout d'abord essayé le *procédé de la jarretière*, c'est-à-dire le procédé Mariani-Reclus, et, suivant en cela un des conseils de Moreschi, j'ai appliqué la méthode en laissant mes sujets guérir *par seconde intention.*

Voici, très succinctement résumées, deux observations qui ont trait à cet essai :

Obs. I. — R. A..., quarante-neuf ans, jardinier espagnol, phlébite probable, à la suite d'une typhoïde, à l'âge de vingt-neuf ans, varices consécutives ; apparition des ulcères depuis 1899, ceux-ci se rouvrent à chaque instant.

Actuellement, varices énormes de la *jambe droite*; en outre deux ulcères siègent sur le membre au 1/3 inférieur de la face interne, ils ont le diamètre d'une pièce de cinq francs.

En face de l'échec des nombreux traitements employés, après anesthésie locale, nous pratiquons l'incision circulaire des téguments, au niveau de la jarretière; pas de sutures, pansement compressif (16 décembre 1902).

Au premier pansement, le 22 décembre, les ulcères sont presque complètement cicatrisés. 30 décembre, deuxième pansement; tout est fini du côté des ulcères ; mais la plaie, qui bourgeonne très bien, n'est complètement cicatrisée qu'en février. Le malade sort en mars ; depuis il n'a pas récidivé. Voici la photographie de sa jambe peu de temps après guérison.

Obs. II. — S. M..., cinquante et un ans, varices énormes de la *jambe droite.*

Depuis cinq ans, elle présente au 1/3 inféro-interne du membre des ulcères successifs ; cicatrices pigmentées.

Présentement, elle porte une ulcération de 8 centimètres de long, sur 6 de large ; la plaie se rapproche de la malléole interne (variété grave d'après Rémy), elle date de plusieurs mois.

Le 29 décembre 1902, section circulaire jusqu'à l'aponévrose superficielle, un peu au-dessous du tubercule antérieur du tibia; pas de sutures, pansement compressif.

Au premier pansement, l'ulcère bourgeonne et n'a plus du tout l'aspect calleux qu'il avait auparavant, il a diminué de près de moitié; néanmoins, la cicatrisation complète se fait attendre jusqu'à la fin de

février. La malade a été revue à la fin de mai, il n'y a pas eu de récidive.

En somme, le résultat n'a pas été mauvais dans ces deux cas et jusqu'à présent nous n'avons pas de récidive; mais la cicatrisation a été trop longue à obtenir et la cicatrice présente une sorte d'anneau constricteur; toutefois, il n'y a pas d'œdème marqué de la jambe, pas de douleurs, et les paquets variqueux ont disparu, *non seulement au-dessous de l'incision, mais, chose plus curieuse, même au-dessus de cette section circulaire*; je l'ai fait remarquer à plusieurs reprises aux élèves, lors des démonstrations cliniques.

1° Dans le but d'obtenir une cicatrice moins apparente et moins constrictive, j'ai pensé à faire seulement *un fer à cheval* postéro-interne et à réunir immédiatement. L'incision part sur la face interne du tibia, près de son bord interne, et s'arrête en dehors et en avant sur le péroné; le tracé encercle environ les 3/4 de la circonférence du membre.

Nous laissons indemne la région antéro-latérale externe où il y a peu de groupes veineux importants, où il n'y a pas de filets nerveux intéressants à sectionner; à moins de conditions tout à fait spéciales, à moins d'ulcère à siège tout à fait insolite, nous n'avons pas d'indications qui nous poussent à opérer sur cette région.

En effet, les groupes veineux qui comptent sont surtout postéro-internes (saphènes), il en est de même des nerfs superficiels; pour l'innervation antérieure de la jambe nous avons le cutané péronier et le saphène interne; pour la partie postérieure, nous avons ces deux mêmes nerfs, la fin du petit sciatique et enfin vers en bas le *saphène* externe; tous ces nerfs sans exception parcourent la région postéro-interne et sont intéressés dans l'incision que nous proposons;

2° En outre, dans le but d'atteindre plus facilement *tous les nerfs cutanés* et *le groupe postérieur des veines* (saphène externe), *j'ai pensé qu'il valait mieux rester à la partie moyenne du mollet, tout en incisant non seulement les téguments, mais encore l'aponévrose d'enveloppe.*

Sans doute, en coupant de même, au niveau de la jarretière, peau et aponévrose, on pourrait sectionner les mêmes organes; mais cela serait moins aisé, le couteau aurait plus de peine à les atteindre parce qu'ils sont plus loin de leur émergence et partant plus profonds. En insistant sur eux, on risquerait d'entamer peut-être les muscles que le couteau doit simplement lécher; même au milieu du mollet, nous avons parfois à insister pour couper le nerf

saphène externe encore blotti dans la gouttière formée par les deux jumeaux.

Nous pratiquons l'anesthésie mixte (chlorure d'éthyle, puis chloroforme) (1), la bande et le tube d'Esmarch sont appliqués; la section est faite avec le couteau à amputation moyen; on se place comme dans le premier temps de l'amputation de jambe, lorsqu'on dessine l'U inférieur. Les veines sont liées à la soie, les téguments sont suturés entièrement à l'aide de crins (fils de soutien) et d'agrafes de Michel; on gagne ainsi beaucoup de temps; les lèvres de la plaie se rapprochent facilement si on prend soin de fléchir un peu la jambe sur la cuisse. Les agrafes sont retirées le quatrième jour, les crins le huitième.

Cinq fois j'ai appliqué la méthode, *quatre fois pour des ulcères de jambe* et *une fois pour un eczéma variqueux*; ce dernier malade a été opéré sur sa demande, il avait été frappé par la guérison d'un de ses voisins atteint d'ulcère.

Voici en quelques mots quels ont été les résultats *primitifs*, car il ne peut être encore question des résultats éloignés, sur lesquels je reviendrai quand mes observations auront suffisamment vieilli.

La plaie opératoire guérit *rapidement en huit ou douze jours*, pour donner plus tard une cicatrice linéaire, souple et à peine perceptible.

L'ulcère *demande environ quinze jours pour se cicatriser*; en effet, dans nos observations, nous relevons les chiffres suivants : douze jours, vingt jours, seize et quinze jours.

Certes il ne s'agit là, je le répète, que de résultats primitifs; mais ces derniers à eux seuls paraîtront encourageants à tous ceux qui ont été aux prises avec ces plaies atones, parfois si rebelles à toutes les formes du traitement médical.

Évidemment, tous les ulcères ne guérissent pas aussi facilement les uns que les autres; mais en parcourant le résumé de nos observations, on verra que nous n'avons pas choisi nos sujets et que nous nous sommes surtout attaqués aux mauvais cas; témoins les deux observations où il s'agit d'ulcères annulaires qui marquent, comme le fait bien ressortir Rémy, un envahissement très prononcé de tous les vaisseaux. L'état général de nos malades n'était pas non plus des plus brillants : il s'agissait la plupart du temps de gens ayant la cinquantaine, « des déracinés », usés avant l'âge; l'un d'eux était un véritable cachectique; comme je le faisais remarquer aux élèves, à cet égard encore, nous n'avons pas trié nos cas.

(1) L'anesthésie locale à la cocaïne pourrait très bien suffire d'ailleurs en pareil cas, si l'on craignait de faire l'anesthésie générale.

En outre, je tiens à y insister, *la cicatrisation de l'ulcère n'est pas le seul bénéfice* que l'on retire de la méthode sanglante; dans tous nos cas, très peu de temps après l'intervention, *les dilatations variqueuses ont nettement diminué en amont et en aval de l'incision, les varices sont devenues tolérantes et les douleurs, la gêne et le prurit ont disparu.*

Un seul mot maintenant sur notre eczémateux; chez lui le prurit qui était très intense a cessé d'une façon absolue, ses varices ont bénéficié du traitement; toutefois, il y a encore eu une petite poussée eczémateuse sous le pansement.

Je termine en donnant le résumé suivant de ces diverses observations :

Obs. III. — A..., garçon d'hôtel, cinquante-cinq ans, varices énormes remontant à la cuisse; ulcère *de la jambe gauche* depuis cinq ans, nombreuses récidives. — Actuellement l'ulcère très étendu occupe le 1/3 inférieur de la jambe et encercle presque toute la circonférence de cette dernière, comme on peut le voir, sur la photographie ci-jointe.

Opération le 2 avril 1903; *incision en fer-à-cheval*, ligatures des veines et suture immédiate de la plaie. Cette dernière est réunie, au premier pansement le 9 avril; guérison de l'ulcère le 14 avril, au deuxième pansement; il est juste de dire que le malade avait été mis au repos pendant quelques jours et que l'ulcère avait été aseptisé.

Obs. IV. — P..., cinquante-six ans, cultivateur, cachectique, varices depuis vingt ans, ulcères à répétition de la *jambe droite*. Nombreuses entrées à l'hôpital, se chiffrant par plusieurs mois, a déjà été opéré (greffes Ollier-Thiersch), récidive.

A son entrée cette fois il présente trois ulcères à la face interne de la jambe; le plus petit a les dimensions d'une pièce de 2 francs.

Opération le 2 avril. *Incision en fer-à-cheval*, ligatures, sutures comme pour le précédent. La plaie opératoire est complètement réunie le 14 avril (12e jour), mais les ulcères, assez tenaces, ne sont complètement cicatrisés que le 22 avril (20e jour).

Obs. V. — T. M..., quarante-neuf ans cuisinière, varices très volumineuses de la *jambe gauche*, dont le début remonte à près d'une vingtaine d'années, nombreux séjours de plusieurs mois dans les hôpitaux à Alger et à Oran (ruptures veineuses, ulcérations).

L'ulcère qui la force à entrer aujourd'hui, se trouve situé un peu au-dessus de la malléole interne; son diamètre est supérieur à celui d'une pièce de 5 francs; en outre il y a plusieurs plaies plus petites encerclant la jambe au 1/4 inférieur.

Incision en fer-à-cheval le 2 mai; premier pansement le 2 avril. On enlève les agrafes de Michel, réunion par première intention. Deuxième pansement 11 mai; l'ulcère principal est de la dimension d'une pièce

de 2 francs, les autres sont cicatrisés; cicatrisation complète le 18 mai 1903.

Obs. VI. — H. M..., ménagère vingt-huit ans, varices au cours d'une grossesse, il y a sept ans; aggravation à chaque nouvelle grossesse; la *jambe gauche* a été surtout atteinte; il y a eu plusieurs ruptures et plusieurs entrées à l'hôpital pour ulcères de ce membre; aujourd'hui cette jambe porte un ulcère situé à la face interne, à 10 centimètres environ au-dessus de la malléole.

Opération le 7 mai, *fer-à-cheval* comme ci-dessus; l'ulcère est cicatrisé le 22 *mai*.

Obs. VII. — X..., limonadier, alcoolique, trente-six ans, varices de la *jambe gauche* datant de cinq ans environ, a eu un ulcère de ce membre; présente actuellement un eczéma étendu, prurit interne.

Incision en fer-à-cheval, sur la demande du malade, le 2 mai 1903; les varices disparaissent, le prurit également; mais il y a une petite poussée eczémateuse sous le deuxième pansement.

Parotide et phlébite dans l'appendicite (1),

par M. J. REBOUL, membre correspondant.

Dans la séance du 20 mai dernier, au cours de la discussion qui a suivi la communication de M. Le Clerc (de Saint-Lô), sur une observation d'embolie pulmonaire dans l'appendicite, MM. Guinard, Quénu, Broca, Hartmann, Schwartz, Brun, Walther et Jalaguier, ont cité des cas de phlébite fémorale gauche et M. Broca a rapporté un fait d'appendicite accompagnée d'une parotidite double suppurée et d'infection à distance, du foie, des reins.

En dehors des signes d'infection du foie et des reins, produits dans trois cas d'appendicites septiques graves d'emblée, terminées par la mort, dans tous les autres cas d'appendicite que j'ai opérées à chaud ou à froid ou que j'ai soignées médicalement, je n'ai pas observé d'accidents d'infections à distance.

Tout récemment, j'ai eu à constater une phlébite et deux parotidites après l'opération de l'appendicite.

Obs. I (d'après les notes de mon interne M. Gau). — Mme C..., âgée de vingt-huit ans, entre dans mon service, à l'hôpital de Nîmes, le 3 février 1903 pour une appendicite chronique à crises répétées.

Le 25 février, appendicectomie à froid. Suites régulières, réunion par première intention.

(1) Travail lu par M. le secrétaire général.

Le 8 mars (11 jours après l'opération, légère élévation de la température; la malade se plaint d'une vive douleur dans la région parotidienne droite qui est tuméfiée, très sensible à une pression même superficielle. Application de coton imbibé, d'une solution de permanganate de potasse, gargarisme à l'eau mentholée, lavages de la bouche avec une solution d'eau oxygénée.

Le 9, la tuméfaction a augmenté; elle est très douloureuse spontanément et à la pression.

Le 10, malaise général, céphalalgie. Purgatif. T. S. : 39.

Les jours suivants, les douleurs et la tuméfaction diminuent progressivement. Il n'y avait plus de douleurs dans la région parotidienne droite, on ne sentait plus qu'une induration profonde très limitée.

La malade était complètement remise de cet accident, lorsqu'elle accusa, le 25 mars, c'est-à-dire un mois après l'opération, une douleur au milieu du mollet droit; en cette région on sent un cordon dur, noueux sur le trajet de la saphène externe. Le lendemain, l'induration s'était étendue à la saphène interne. Tout le membre inférieur droit était lourd, endolori.

Sous l'influence d'applications d'onguent mercuriel belladoné et d'une immobilisation absolue du membre, les douleurs disparurent progressivement et quinze jours après la malade put se lever avec une bande élastique de crêpe roulée autour du membre inférieur et sortit de l'hôpital, le 15 mai.

Depuis lors, elle est complètement guérie et ne présente comme traces de sa parotidite et de sa phlébite que des indurations limitées et peu accusées.

Obs. II. — Le 11 avril 1903, j'étais appelé auprès de madame B..., âgée de 30 ans, par mon ami le Dr Delamare. Le 5 avril, Mme B... avait éprouvé des douleurs abdominales vives surtout dans la fosse iliaque droite. Le Dr Delamare, appelé, pensa à une appendicite et prescrivit le repos, de l'opium.

Le 10, surviennent des vomissements; la douleur abdominale a augmenté d'intensité. P., 120 ; T., 37,5.

Le 11, la fosse iliaque droite est plus douloureuse ; elle est le siège d'un empâtement et d'une submatité. L'état général est altéré.

Je la vois le 11 avril à 7 heures du soir, en consultation avec le Dr Delamare : langue étalée, saburrale, haleine fétide, facies grippé, péritonéal. P., 120 ; T. 38. La fosse iliaque droite est le siège d'une tuméfaction diffuse, presque fluctuente, surtout au niveau du tiers externe de l'arcade crurale; la défense abdominale est très accusée. Douleur au point de Mac Burney, très nette.

L'intervention est décidée et la malade est transportée à la maison de santé. Opération le lendemain 12 avril à 10 heures du matin, avec l'aide des Drs Delamare et Olivier de Sardan. Anesthésie générale au chlorure d'éthyle, suffisante. Incision de Roux, infiltration des diverses couches de la paroi abdominale. Péritoine épaissi, rougeâtre. A l'incision flot abondant de pus infecté, rougeâtre, gazeux ; l'abcès appendici-

tique est anfractueux avec prolongements vers l'ombilic et le flanc droit.

Suites régulières les premiers jours.

Le 16 avril, alors que l'état général s'était rapidement amélioré et que localement la suppuration avait beaucoup diminué, il se produit une élévation de température, 38,5 et de la sécheresse de la langue, avec odeur infecte de l'haleine.

La malade se plaint de douleurs dans la région parotidienne droite.

Le lendemain la fosse parotidienne a disparu et est remplacée par une tuméfaction générale de la glande, douloureuse, spontanément et à une pression même superficielle, entraînant une gêne dans les mouvements de mastication et de déglutition. Application locale de coton imbibé d'une solution de permanganate de potasse, lavages abondants et fréquents de la bouche avec une solution d'eau oxygénée.

Le 18, le centre de la tuméfaction parotidienne est très douloureux au toucher, donnant la sensation de fluctuation; continuation du traitement.

Le 22, la tuméfaction parotidienne diminue, les mouvements de mastication et de déglutition sont plus faciles.

Rapidement l'état général s'améliore, les accidents parotidiens disparaissent.

Actuellement la malade complètement guérie ne présente plus du côté de la parotide droite qu'une légère induration, appréciable seulement à un examen minutieux et qui ne détermine aucune gêne.

Voilà deux faits de parotidite survenant après l'opération de l'appendicite, qui me paraissent devoir être considérés comme une manifestation d'une infection générale. Cela s'explique aisément dans le deuxième cas où il s'agissait d'une appendicite suppurée, très infecte; mais cette complication à distance dans le premier cas où j'avais opéré à froid, sans accidents septiques, les suites opératoires locales ayant été régulières, est faite pour surprendre. C'est onze jours après l'opération que survient la parotidite droite, et après la presque complète disparition de cet accident des signes de phlébite se montrent du côté du membre inférieur droit. Ces deux localisations d'infections survenant après des opérations dont les suites avaient été normales, et dont l'une avait été faite à froid et avait été suivie d'une réunion par première intention montrent que même dans les appendicites refroidies il y a des foyers d'infection qui peuvent se manifester à distance sous l'influence de l'opération.

Cela démontre une fois de plus la nécessité de délivrer les malades de leur appendice quand il a été le siège d'accidents et qu'il s'est produit une crise suffisamment nette.

A l'occasion du procès-verbal.

Pluralité des néoplasmes.

M. Paul Segond. — L'étude de la pluralité des néoplasmes envisagée d'une manière générale est, sans doute, pleine de cette attirance dont parlait si bien, l'autre jour, notre collègue Lejars. Comme vous tous, j'en ai observé de curieux exemples, tant au point de vue de la coexistence, sur la même malade, de néoplasmes très différents, qu'à celui de la variété des successions néoplasiques observées sur le même sujet.

Entre autres faits relevant de la première de ces deux catégories, j'ai surtout retenu celui d'une femme de quarante-sept ans, fille de cancéreuse utérine et de père tuberculeux, dont j'ai amputé les deux seins le 4 juin 1892, dans mon ancien service de la Maison municipale de santé. Le sein droit se trouvait réduit aux dimensions d'une figue par un classique squirrhe atrophique, tandis que le sein gauche, énorme, était envahi par un fibrome lacunaire pesant 1 kilogramme, et le contraste qui en résultait était, je vous assure, très bizarre.

Quant aux malades m'ayant présenté des successions néoplasiques plus ou moins variées, je puis vous en citer deux assez curieuses. L'une, âgée maintenant de soixante-huit ans, a eu successivement deux kystes ovariens que j'ai enlevés le 21 juin 1897 et un cancer du sein gauche que j'ai opéré le 25 janvier 1898. L'autre est une femme de cinquante ans dont les démêlés chirurgicaux sont encore plus nombreux. Le 14 novembre 1888, je l'ai laparotomisée pour un volumineux kyste de l'ovaire droit. Le 14 mai 1894, je lui ai amputé le sein droit atteint de squirrhe atrophique. Enfin, le 1er juillet 1896, je lui ai pratiqué l'hystérectomie vaginale pour épithélioma du col.

En présence de pareils faits, on a forcément le désir d'en trouver la clef. Mais il faut bien le reconnaître, ce désir est jusqu'ici resté tout à fait platonique. Et, malgré les éclaircissements que notre collègue Richelot semble promettre à qui voudrait s'élever avec lui dans les hautes sphères de la pathologie générale, malgré tout ce qu'il nous a dit, et si bien dit, sur l'arthritisme et l'hérédité néoplasique, j'ai grand'peur que de longtemps encore, nous n'en sachions pas plus long qu'aujourd'hui.

Pouvons-nous espérer mieux en nous bornant à l'étude des associations néoplasiques observées dans la sphère pelvienne? Evidemment non. Ici encore, nous sommes réduits à aligner des

faits plus ou moins nombreux ou plus ou moins curieux. Et, si nombreux qu'ils soient, les liens qui régissent leurs associations, le pourquoi de la coexistence du cancer et du fibrome, des fibromes et des kystes, voire même des kystes dermoïdes, réunion curieuse que j'ai récemment observée sur une opérée dont mon interne Dartigue a présenté les pièces à la Société anatomique (1), les notions utiles qu'ils peuvent nous donner, au point de vue de la pathologie générale, n'en demeurent pas moins parmis ces choses de l'esprit dont le professeur Lasègue souriait volontiers en disant que tout y est « vague, confus et indistinct ».

Au risque de voir mon ami Richelot m'enrôler avec ceux qui ne savent guère qu' « essouffler » la thérapeutique chirurgicale ou « ressasser des principes de médecine opératoire », je me bornerai donc, comme la plupart d'entre vous, à l'étude des indications créées par les associations néoplasiques du pelvis. Parmi ces associations, j'en choisirai même une seule dont nos collègues Guinard, Potherat et Routier vous ont, du reste, entretenus déjà. Je veux parler de la coexistence des tumeurs non cancéreuses de l'utérus et des annexes (fibromes, kystes et même annexites) avec un cancer de l'intestin.

J'ajoute qu'en insistant sur ce cas particulier, mon but n'est point d'étudier en détail son degré de fréquence, sa gravité ou la conduite chirurgicale qui lui convient. Je ne veux même pas abuser inutilement de votre temps en vous donnant la relation complète des quelques cas dans lesquels j'ai rencontré la coexistence en question. A peine vous en citerai-je deux. Celui d'une femme de cinquante ans environ, laparotomisée le 11 avril 1898, au couvent des Augustines, pour un très volumineux fibrome utérin, et celui d'une malade de même âge, opérée dans la même maison de santé et pour la même cause, le 28 janvier 1902.

La première de ces deux opérées avait, en même temps que son énorme fibrome, un cancer des annexes droites qui s'était étendu à l'anse grêle voisine. Les adhérences étaient telles entre les annexes cancéreuses et l'anse intestinale qu'il n'y avait pas à discuter sur la conduite à suivre. L'hystérectomie totale une fois pratiquée, j'ai réséqué l'anse grêle malade en même temps que les annexes, puis suturé les deux bouts de l'intestin.

La deuxième opérée se trouvait dans des conditions analogues, mais son état de faiblesse était si grand et l'hystérectomie avait été si laborieuse qu'après avoir péniblement libéré l'anse grêle cancéreuse de ses adhérences utéro-annexielles, j'ai jugé prudent

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique*, 1899, LXXIVe année, 6e série, t. V, p. 268.

de la respecter. Ces deux opérées sont mortes et le traumatisme opératoire avait été tel dans ces deux cas que le contraire eût été vraiment trop miraculeux.

Mais laissons-là ces quelques faits isolés. Je m'excuse presque de vous les citer. Nous savons tous, en effet, sans qu'il soit besoin d'insister davantage, que la si grave coexistence en question est heureusement très rare et qu'elle impose l'ablation du segment intestinal malade comme temps complémentaire, toutes les fois que faire se peut.

Ces divers points, ne prêtent pas plus à discussion, que la gravité particulière du pronostic en pareilles circonstances. Mais c'est précisément pour cela, qu'il est intéressant de se demander si, dans un certain nombre de cas, les épaississements, les véritables tumeurs intestinales que nous rencontrons au cours de nos laparotomies pour ablation de tumeurs utéro-annexielles, épaississements et tumeurs offrant grossièrement les caractères macroscopiques du cancer intestinal, ne sont pas tout simplement des épaississements inflammatoires qu'on doit respecter et qui guérissent tout seuls.

Or, je pense qu'en plus d'un cas, il en est bien ainsi, et, si j'ai demandé la parole, c'est avant tout pour vous entretenir de cette possibilité favorable et vous demander ce que vous en pensez vous-mêmes.

Pour mon compte j'y crois beaucoup, et voici les quelques faits sur lesquels je me base.

Il y a cinq ans ce mois-ci, j'ai opéré un monsieur de mes amis, alors âgé de quarante-cinq ans, dans les conditions suivantes. Soigné depuis plusieurs mois par notre collègue Giraudot, pour des accidents d'entéro-colite, il fut pris brusquement d'accidents aigus avec tuméfaction inflammatoire dans la fosse iliaque gauche.

La fièvre, le péritonisme, la formation d'un plastron évident, tout commandait l'intervention, et, convaincu qu'il existait une collection purulente autour de l'S iliaque, je pratiquai l'incision voulue. Quelques gouttes de pus vinrent en effet sourdre sous mon bistouri, mais c'était là détail fort accessoire, et ce que je trouvai au lieu et place de la péricolite diagnostiquée, ce fut une tumeur de l'intestin. Tumeur de consistence fibreuse, tumeur presque ligneuse, tumeur offrant, en un mot, tous les caractères d'un néoplasme malin.

Or, ce diagnostic macroscopique fait par la vue et le toucher était par bonheur absolument faux. Deux mois après l'opération le cancer avait fondu et, à cette heure, notre ancien condamné possède, avec un ventre parfaitement souple, une santé merveilleuse.

Mon deuxième cas est celui d'une femme de vingt-six ans, à laquelle j'ai pratiqué le 21 janvier dernier une hystérectomie abdominale totale pour suppuration bilatérale des annexes. Elle avait, au grand complet, les lésions qu'on observe en pareils cas, épaississements épiploïques, adhérences intestinales, etc. Tant et si bien qu'il me fut tout à fait impossible d'enlever les annexes gauches sans réséquer en même temps un segment d'intestin grêle long de 3 à 4 centimètres. Cela fait, je m'efforçai, naturellement, de suturer les deux bouts intestinaux béants, mais il me fut impossible de les amener en bon contact. Leur muqueuse se laissait seule mobiliser et leurs parois faisaient corps avec des masses calleuses engainantes, formant à ce niveau une sorte de volumineuse tumeur.

En présence de ces difficultés, je me contentai d'un rapprochement relatif des deux bouts intestinaux et je terminai par un anus contre nature, placé à l'extrémité supérieure de l'incision abdominale, c'est-à-dire au niveau de l'ombilic.

Dans ce cas particulier, ce n'est point, en vérité, par crainte d'un cancer que j'ai réséqué l'intestin. Cette résection n'a été qu'une nécessité, qu'un expédient opératoire. Mais les lésions observées n'en sont pas moins intéressantes pour le sujet qui nous occupe.

Au niveau du segment intestinal que j'ai dû reséquer, les callosités formaient en effet une véritable tumeur dont la consistance et l'aspect macroscopique simulaient tout à fait un néoplasme malin. Or, ici, encore le néoplasme a fondu tout seul. L'opérée a toujours une fistule stercorale qu'il me faudra sans doute opérer, mais son état général est bon, elle va normalement à la selle et son abdomen est partout d'une absolue souplesse.

Peut-être me direz-vous que ces deux premiers exemples de tumeurs intestinales inflammatoires, dont l'aspect macroscopique pouvait simuler le cancer, ont le défaut d'être empruntés à deux sujets dont les lésions initiales relevaient trop nettement d'un simple processus phlegmatique pour que leur extension intestinale n'ait pas sûrement conservé la même nature.

Aussi bien, suis-je heureux de pouvoir vous citer deux autres cas qui échappent à cette critique.

Le premier est celui d'une jeune femme dont je vous ai déjà parlé l'an dernier, dans notre séance du 9 avril.

Opérée d'abord par Péan d'un cancer de l'ovaire droit elle eut ensuite une grossesse normale; puis trois ans après, le 7 juin 1900, je dus lui enlever une tumeur de l'ovaire gauche. C'était aussi un épithéliome ovarien partout adhérent à la masse intestinale. Si bien que l'opération une fois terminée, j'avais fait les plus

expresses réserves au point de vue des suites éloignées et prévenu la famille que si, comme c'était probable, il survenait une récidive, il ne faudrait pas y toucher. La récidive se produisit en effet au bout d'un an, mais la tumeur nouvelle me parut tellement mobile et l'état général de la patiente était si merveilleux, que je crus devoir oublier les difficultés de ma première opération. Le 9 juillet 1901, je fis la laparotomie, et c'est ici que le cas nous intéresse :

La tumeur en apparence si mobile était tellement adhérente aux organes du petit bassin que, pour en faire l'ablation, j'aurais dû enlever, en même temps, l'utérus, la vessie, l'uretère gauche et surtout l'extrémité supérieure du rectum dont l'envahissement épithélial semblait particulièrement indiscutable.

Comme bien vous pensez, je me contentai d'une très modeste laparotomie exploratrice; guérison opératoire s'en est suivie et le plus curieux, c'est que la tumeur a si bien diminué que cinq mois après, on la sentait à peine. Quant au prétendu cancer rectal qui me semblait indiscutable, il a sûrement subi la même régression. La malade aujourd'hui bien portante n'a plus éprouvé l'ombre d'un trouble de ce côté. Elle s'est en vérité soumise a divers traitements dits curatifs du cancer, entre autres aux injections de sulfate de quinine, mais j'imagine que vous ne trouverez pas là raison suffisante, pour douter que l'épaississement rectal en question ait été inflammatoire et point du tout cancéreux.

Ma dernière observation est de même ordre.

Elle concerne une femme de cinquante-quatre ans, que j'ai laparotomisée à Beaudelocque le 25 février de cette année, pour lui enlever une grosse tumeur végétante de l'ovaire droit. Tumeur nettement maligne et partout adhérente aux intestins.

Ici encore, un segment intestinal collé sur la tumeur était tellement induré et tellement épaissi que je n'ai pas douté de sa transformation cancéreuse. Si bien que la faiblesse extrême de l'opérée m'a seule empêché de terminer par la résection intestinale qui me semblait théoriquement indiquée.

Or, à cette heure, l'opérée va bien, son pelvis est relativement souple et ses fonctions intestinales sont aussi normales que possible.

Qui sait si les deux malades dont nous parlait mon ami Routier ne rentrent pas, elles aussi, dans cette heureuse catégorie?

Tels sont les quelques faits que je désirais vous soumettre. Ils me paraissent mériter mention dans le chapitre des tumeurs susceptibles de simuler le cancer, et je n'ai pas à dire tout l'intérêt qui s'attache à la possibilité de cette simulation.

Pour terminer ces quelques considérations je voudrais pouvoir

détailler les signes qui toujours, dans les conditions ici considérées, nous permettront de ne pas confondre avec de vrais cancers, ces épaississements intestinaux que Quénu et Hartmann ont si bien étudiés dans leur « Chirurgie du rectum » et ces véritables tumeurs bosselées, dures, volumineuses, qui se forment lorsque les fausses membranes engainent, enserrent ou englobent une ou plusieurs anses intestinales, mais je ne crois pas que nous possédions ici les éléments voulus pour être très affirmatifs.

Il y a sans doute des cas évidents dans lesquels les caractères d'un cancer intestinal rencontré au cours de l'ablation d'un fibrome utérin ou de kystes ovariens, sautent pour ainsi dire aux yeux. Cela se voit surtout lorsque fibromes ou kystes ne se compliquent d'aucun processus phlegmasique péritonéal.

Mais quand la tumeur intestinale soupçonnée cancéreuse se découvre au milieu des fausses membranes et des lésions plus ou moins complexes de la péritonite, la situation devient plus délicate et, je le répète, il est difficile de la préciser absolument. Les éléments du diagnostic sont en effet aussi variables, ici, que les cas particuliers. On peut toutefois retenir que c'est précisément en pareilles circonstances, que les faux cancers ont chance de se rencontrer, et c'est en somme la seule particularité dont j'ai voulu souligner l'importance, à mon sens, très réelle.

M. Routier. — J'ai été moins heureux que mon ami Segond; j'ai revu hier précisément une des deux malades dont j'ai parlé ici; il s'agissait d'une femme que j'ai opérée d'un fibrome vers la fin de 1902 et chez qui je trouvai une lésion intestinale que j'avais prise pour un cancer.

Hélas! c'est bien d'un cancer qu'il s'agit; cette malade est aujourd'hui cachectique, ses fonctions intestinales se font mal, elle a des phénomènes de rétrécissement intestinal, et tout son petit bassin est rempli par une tumeur dure qui immobilise les organes et qu'on sent même par la palpation abdominale.

Ma seconde malade, opérée il y a trois mois pour un fibrome et chez qui j'ai cru voir un cancer du cæcum, ne m'a pas donné de nouvelles depuis; j'en conclus qu'elle va bien; je tâcherai de savoir quel est son état actuel.

Gangrène pulmonaire.

M. Pierre Delbet. — Je veux seulement verser au débat actuellement ouvert sur le traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire une observation malheureuse qui remonte au mois de septembre 1899.

La malade, Catherine W.,., âgée de trente-sept ans, avait depuis cinq mois des douleurs dans le côté gauche de la poitrine. Sa respiration était gênée. A cela s'ajoutait une toux opiniâtre accompagnée d'une expectoration abondante et très fétide. Tous ces accidents étaient survenus assez brusquement à la fin du mois de mars 1899. La température ne tarda pas à s'élever et l'état général se mit à décliner.

Au mois de juillet, elle entra à Cochin. On lui donna de la terpine et on lui mit des pointes de feu. Elle sortit de cet hôpital au mois d'août, sans amélioration, et entra au mois de septembre à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Dieulafoy.

L'oppression est considérable. Elle fait quarante respirations par minute, est secouée à chaque instant par des quintes de toux suivies de rejets de crachats très abondants et très fétides.

Les quatre premiers espaces intercostaux du côté gauche sont sillonnés de veines sous-cutanées anormalement développées.

Les vibrations locales sont presque abolies dans le premier et dans le deuxième espace intercostal. La percussion, même très légère, est douloureuse en ce point. On y trouve de la submatité avec un certain degré de tympanisme et un bruit de pot fêlé. Au même niveau, l'auscultation révèle un souffle caverneux avec des râles humides. La voix et la toux retentissent avec une sonorité exagérée.

Il existe en outre deux autres foyers où la respiration est affaiblie et plus ou moins couverte par des râles sans souffle. L'un de ces foyers siège à la base gauche; l'autre, plus petit, à la partie moyenne du poumon droit, en arrière.

Conservée dans un verre, l'expectoration se divise en trois couches : superficielle, mousseuse et aérée; la moyenne fluidre, emplie de mucopus; l'inférieure, épaisse, purulente, verdâtre. On y a trouvé une flore microbienne abondante, mais pas de bacille de Koch.

La température oscille entre 37 et 38°5. Il y a de la diarrhée depuis quelques jours. La malade, dont les urines ne contiennent ni sucre ni albumine, décline rapidement. La radiographie faite à deux reprises différentes, n'a rien montré.

M. Dieulafoy posa le diagnostic — gangrène primitive; foyer cavitaire situé superficiellement et justiciable d'une intervention chirurgicale.

J'exécutai cette intervention le 20 septembre 1899. Une incision faite au-dessus de la clavicule me conduisit au travers du faisceau claviculaire du grand pectoral sur les espaces intercostaux. Un écarteur protège les vaisseaux axillaires. Les espaces étant assez larges et ne subis-

sant aucun retrait pendant les mouvements respiratoires, je ne fais pas de résection costale et je me borne à inciser le second espace dans sa partie interne.

Il s'écoule par l'ouverture une bouillie infecte de pus et de sang noirâtre, répandant une odeur fétide. Je constate que la cavité mesure à peu près les dimensions d'un œuf de dinde. J'ai ouvert sa partie supérieure. Elle se prolonge en bas, au dessous de mon incision jusqu'en arrière de la quatrième côte.

Tout à coup une hémorragie formidable se produit, un flot de sang noir inonde la plaie et la malade respire à peine. Rapidement je tamponne la cavité á la gaze stérilisée. L'hémorragie s'arrête. On nettoie la gorge qui contient du sang et du pus. Quelques tractions de la langue raniment la malade. Je laisse le tamponnement en place. Quatre sutures au fil d'argent rétrécissent la plaie et on fait le pansement.

La malade supporte bien cette intervention. Son état n'est pas mauvais. Je laisse le pansement en place pendant cinq jours par crainte de l'hémorragie. Le 25, espérant que le vaisseau a eu le temps de s'oblitérer, je l'enlève avec précaution. Les lèvres de la plaie sont noirâtres et déjà sphacélées par infection. Je retire les tampons et tout se passe bien d'abord, mais la malade est prise d'une quinte de toux et brusquement l'hémorragie se reproduit aussi formidable que le premier jour. Je n'ai que le temps de refaire un tamponnement serré.

Dans les jours suivants, la malade refuse absolument de se laisser faire des injections de sérum, sous prétexte qu'elles sont trop douloureuses. Elle crache du sang de temps en temps.

Le 29, je refais le pansement. Dès que les mèches sont enlevées, l'hémorragie se reproduit. Je retamponne rapidement. Le soir la température dépasse 39. Le 30, elle tombe au dessous de 37. La malade s'éteint le 1er octobre.

Voici les résultats de l'autopsie :

Emphysème considérable du poumon droit dans sa totalité. Au sommet deux tubercules miliaires enkystés dans du tissu fibreux.

Le poumon gauche est adhérent dans presque toute son étendue. Il n'est libre qu'au niveau de la face inférieure et de la partie antérieure du lobe inférieur. Une couche fibreuse très épaisse et très résistante, coiffe tout le lobe supérieur et descend en arrière tout le long du bord postérieur. On a la plus grande peine à détacher cette coque pleurale de la paroi thoracique, surtout au niveau du sommet du poumon; il faut se servir du bistouri et des ciseaux.

On constate que l'incision chirurgicale n'occupe pas la partie déclive de la poche. Je vous ai déjà signalé ce fait. La cavité a une forme triangulaire à base antérieure, à sommet postérieur. Au fond de cette fosse, sous la pression d'une injection poussée par la branche gauche de l'artère pulmonaire, on voit jaillir un jet volumineux qui révèle la perforation vasculaire. Cette perforation est à contours irréguliers et déchiquetés. Le vaisseau qui la porte a le volume d'un porte-plume. C'est une des branches primaires. Elle siège à quatre centimètres de l'éperon de bifurcation de l'artère pulmonaire.

La caverne a des parois irrégulières, creusées de diverticules, avec des lambeaux de tissu pulmonaire sphacélé à demi flottants.

Sur une coupe antéro-postérieure comprenant toute la hauteur du poumon, on trouve deux autres foyers gangréneux. L'un est situé à la partie moyenne du bord postérieur, dans le lobe supérieur, immédiatement au-dessus de la suture interlobaire. L'autre est situé en pleine épaisseur du lobe inférieur. Là, le processus n'est pas arrivé au stade cavitaire. L'escarre jaune verdâtre est encore en place.

Sur la coupe du poumon, on constate en outre que le sommet, en arrière de la cavité gangréneuse principale, celle que j'avais ouverte, est parcouru de tractus fibreux, blanchâtres, qui le divisent et le subdivisent en une série de cavités allongées et béantes à parois lisses. Bref, il existe là des dilatations bronchiques, dont la plus petite contient une goutte de pus franc.

Les autres organes étaient normaux.

Dans quelle catégorie doit-on ranger cette gangrène pulmonaire? Est-ce une bronchopneumonie gangréneuse? Est-ce une gangrène consécutive à des dilatations bronchiques? Est-ce une gangrène primitive? On trouve des arguments pour et contre chacune de ces hypothèses; et je me garderai bien de les énumérer, car je ne crois pas qu'on puisse arriver à une conclusion formelle.

Ce fait prouve au moins que la classification des gangrènes pulmonaires n'est pas si aisée, et que, lorsqu'on a fait des cases rationnelles, on éprouve un singulier embarras pour y faire rentrer certains faits cliniques.

Je ne veux pas non plus discuter l'opportunité de l'intervention dans ce cas. Si l'on avait diagnostiqué les trois foyers, il eut peut-être été plus sage de s'abstenir. L'anatomie pathologique commandait l'abstention. Mais c'est d'après la clinique qu'on se décide. Or, après un examen très complet, très attentif, M. Dieulafoy avait conclu à l'existence d'un seul foyer gangréneux. Cliniquement, il n'y avait qu'un foyer. Ce foyer était superficiel, l'état général déclinait rapidement. Cliniquement, il était indiqué d'intervenir. L'indication n'était pas valable, la clinique était en défaut, c'est entendu. Mais on ne peut demander au médecin et au chirurgien que de la science et de la conscience. On ne peut exiger qu'il ait une double vue ou je ne sais quelle divination. Quand on se retrouvera en présence d'un cas identique, on interviendra probablement encore.

Au point de vue opératoire, je tiens à vous rappeler que mon incision faite au point où se percevait le maximum des symptômes m'a conduit à la partie supérieure de la cavité. Le foyer était superficiel, par conséquent facile à explorer cliniquement, et cepen-

dant la localisation faite d'après les signes cliniques a conduit trop haut.

Mon ami Tuffier a dit que lorsqu'il s'agissait de localiser cliniquement un foyer pulmonaire, on visait trop bas. J'ai déjà eu occasion de faire remarquer ici que cette formule n'était vraie que pour les lésions qui siègent au dessous du hile. Si l'on veut une formule générale, c'est la suivante qu'il faut adopter : *Les signes cliniques conduisent à viser excentriquement.* Quand la lésion siège au dessous du hile, cela conduit en effet trop bas ; mais quand les lésions siègent au-dessus du hile, cela conduit trop haut. La raison de cette erreur de localisation est, je crois, que les bruits se propagent le long de l'arbre bronchique dans le sens du courant d'air inspiratoire. Quelle que soit la raison, le fait que je viens de vous citer est conforme à ma manière de voir.

Au point de vue chirurgical, aurais-je pu mieux faire? Au lieu d'arrêter l'hémorragie par un tamponnement serré, aurais-je dû m'efforcer, soit de lier, soit de pincer le vaisseau lésé?

Rappelez-vous, Messieurs, que le vaisseau sphacélé était une branche primaire de l'artère pulmonaire, que la perforation était très large — ceci vous permet de supposer quelle était l'abondance de l'hémorragie.

Songez que je ne savais pas le siège exact du vaisseau, que la voie d'accès n'était pas large, que la plaie était profonde. Qu'aurais-je pu faire ? Laisser le tamponnement en place, réséquer une côte ; puis, après avoir agrandi la voie d'accès, enlever progressivement les tampons et chercher à mettre une pince. Rappelez-vous que la malade était en fort mauvais point, qu'elle avait failli succomber sur la table d'opération, qu'il avait fallu des tractions de la langue pour la ranimer, et vous comprendrez que je n'étais pas tenté de prolonger l'intervention.

Si j'avais essayé cette manœuvre, il m'aurait fallu un bonheur singulier pour réussir à mettre du premier coup une pince juste sur le vaisseau. Il est bien probable que j'aurais commencé par faire deux ou trois fausses prises, par mettre les premières pinces à côté du vaisseau. Eh bien, messieurs, l'hémorragie était telle, que pendant ces manœuvres, la malade aurait certainement succombé.

Admettons que j'aie réussi à pincer le vaisseau. Sur cette paroi à demi sphacélée, la pince aurait-elle tenu ? l'hémostase définitive aurait-elle pu se produire ? Vraiment je ne le crois pas, de sorte qu'il me semble que je n'ai point de reproches à faire.

De la cholédocotomie;
cholédocotomie sans suture et cholédocotomie intraduodénale.

M. Quénu. — Notre collègue M. Guinard dans son rapport sur une observation de cholédocotomie de M. Ardouin (de Cherbourg) a insisté sur un point de clinique : « la difficulté du diagnostic de la lithiase du cholédoque » et sur un point de techniqne opératoire : « la suture ou la non-suture du cholédoque ».

Si M. Guinard s'était borné à proclamer la difficulté diagnostique au lit du malade, je souscrirais d'autant mieux à sa proposition qu'il y a huit ans déjà, le 24 avril 1895, j'ai communiqué à notre Société un mémoire dont une des conclusions, se basant sur les difficultés d'affirmer la lithiase du cholédoque, portait « que dans toute rétention biliaire dépassant trois mois sans aucune amélioration, il y a lieu de pratiquer une laparotomie exploratrice et d'explorer le cholédoque d'après certaines règles ». Dans l'observation de M. Ardouin, cependant, l'existence d'une pierre dans le cholédoque paraissait bien probable. Nous savons de plus en plus combien est fréquente la lithiase biliaire et qu'il faut y songer dès qu'on voit survenir chez un sujet dont l'appétit est conservé des accès douloureux qui éclatent quatre à cinq heures ou plus après les repas. La jaunisse est en somme un phénomène bien inconstant ou tout au moins tardif dans la colique hépatique; c'était le cas chez M. Ardouin; il se joignait à ce passé lithiasique l'augmentation de volume du foie, l'amaigrissement, la décoloration des selles et de l'ictère. Ces deux derniers symptômes peuvent d'ailleurs être intermittents : on se l'explique bien si l'on songe que le plus souvent il reste entre le calcul et le cholédoque dilaté assez de place pour la filtration de la bile et que l'accès de rétention paraît surtout lié à deux facteurs : la cholédocite qui gonfle les parois du canal commun et en rétrécit la lumière en s'étendant plus ou moins à distance vers les branches de l'arbre biliaire, et les modifications de la bile qui devient épaisse, comme imprégnée de mucus et peu fluide.

L'ictère est en résumé le plus souvent fonction de l'infection des voies biliaires plutôt que le résultat de l'obstruction mécanique pure et simple; et ce qui le prouve encore, c'est que l'ictère peut être passager et disparaître bien que le cholédoque continue à renfermer une concrétion calculeuse.

Le signe de Courvoisier-Terrier est insuffisant pour distinguer les rétentions de siège péricholédoquien dues à un néoplasme du pancréas, à la dégénérescence d'un ganglion, etc. D'une part en effet, l'atrophie de la vésicule dont on connaît la fréquence dans

les lithiases anciennes peut manquer et être remplacée par de la dilatation ou encore ne pouvoir être cliniquement perçue ; d'autre part une conformation spéciale du lobe hépatique en dehors du sillon vésiculaire peut simuler tellement une vésicule distendue qu'un clinicien tel que le professeur Hutinel a pu s'y laisser prendre : il s'agissait d'une ictérique âgée d'une cinquantaine d'années et qui avait maigri de 34 kilogs ; or la vésicule était ratatinée, il n'y avait pas trace de néoplasme et un calcul obstruait le cholédoque. (1) M. Dujarier et moi avons commencé des recherches sur ce détail de conformation du rebord hépatique.

Donc j'admets la difficulté du diagnostic clinique, mais je ne puis adopter cette proposition de M. Guinard, que le diagnostic est des plus malaisés « même au cours de l'opération, alors que la cavité abdominale est largement ouverte ».

Je n'accepte pas cette proposition au moins formulée avec ce caractère de généralité. Je dirai, au contraire, que si l'on veut bien se conformer à certaines règles d'exploration, la découverte du calcul est le plus souvent facile et rapide ; ces règles, je n'y reviens pas, elles ont été discutées et adoptées par la plupart de ceux qui ont écrit sur le cholédoque. Il est clair que certains cas offrent de réelles difficultés et même des difficultés insurmontables ; ce sont ceux principalement dans lesquels l'inflammation des voies biliaires, souvent très ancienne, est accompagnée de péritonite ; cette péritonite et les fausses membranes et adhérences qui en résultent masquent ou comblent l'hiatus de Winslow, font adhérer le duodénum et le côlon au foie ; il semble même qu'il se produise une sorte d'ascension du pylore et du duodénum vers le hile du foie par rétraction inflammatoire de l'épiploon gastro-hépatique, et ce n'est qu'après un travail de décollement au milieu d'adhérences qui saignent qu'on arrive à sentir quelque chose de dur et qu'on soupçonne un calcul. Les difficultés du diagnostic dans un cas personnel de M. Guinard tinrent à une autre cause : il existait nous dit-il, au niveau de la tête du pancréas, une masse scléreuse, du volume d'une mandarine ; il a semblé à M. Guinard que cette masse occupait la tête du pancréas ; a-t-il incisé le pancréas sur sa face antérieure dans l'encadrement duodénal ou a-t-il passé derrière le duodénum, il précise peu, mais je conviens avec lui que dans de telles circonstances on peut être embarrassé. Morisson (*Annals of surgery*, 1898, 122, p. 20) a signalé cette difficulté ; moi-même chez un malade que j'ai opéré l'an dernier et dont je transcris l'observation plus loin, après avoir retiré des calculs du cystique, je sentis dans l'encadrement du duodénum une masse

(1) Voy. *Thèse* de Yaïch, p. 73, Paris 1902.

dure et volumineuse, et ma première impression fut comme à M. Guinard qu'il s'agissait d'une tumeur de la tête du pancréas; mais en palpant avec plus de soin et en examinant la région avec attention, je reconnus qu'il n'y avait ni nodule, ni rétraction irrégulière et dure en rapport avec l'hypothèse d'un cancer, mais bien une tumeur assez régulière qui devait être un volumineux calcul inclus dans la traversée pancréatique du cholédoque. Au lieu d'inciser le pancréas, je pratiquai sur la face antérieure de la deuxième portion du duodénum une incision verticale; j'inspectai dans l'intérieur du duodénum la région de l'ampoule de Vater et sentis que la grosseur bombait à ce niveau; j'incisai sur la masse dure et arrivai non sur un calcul unique, mais sur une masse de petits calculs innombrables agglomérés et comme cimentés par une sorte de boue biliaire; l'ensemble de ces calculs agglutinés atteignait un volume intermédiaire à celui d'un œuf de poule et d'un œuf de pigeon. Je fermai complètement le duodénum par une double suture en surjet et les suites furent des plus simples.

Masse calculeuse de l'ampoule de Vater, cholédocotomie intra-duodénale (guérison).

K..., âgé de soixante-trois ans, exerçant la profession de garçon de bureau, me fut adressé le 3 mars 1901, à l'hôpital Cochin, pour un ictère qui persiste depuis dix mois. Son histoire hépatique date de loin puisqu'elle remonte à vingt-cinq ans. Le malade eut à cette époque sa première crise, puis il eut quinze ans de tranquillité, après quoi survinrent quelques accès douloureux dont un il y a huit ans fut pour la première fois suivi d'un ictère qui dura trois mois.

Depuis huit ans le malade a tous les ans une crise avec ictère, décoloration des matières et présence du pigment biliaire dans l'urine. Depuis six ans une cure annuelle à Vichy. La dernière fois il fut pris d'un accès de colique hépatique à Vichy même. Depuis son retour de Vichy de petites crises surviennent tous les cinq à six jours. L'amaigrissement est considérable et s'est principalement accentué depuis deux mois.

État actuel : Ictère prononcé des téguments cutanés et muqueux, pouls ralenti (61 puls.); urines fréquentes, très brunes, chargées de pigment biliaire, 1 litre en vingt-quatres heures; températures normales.

Démangeaisons vives; matières légèrement décolorées.

Le foie est gros, déborde les fausses côtes; on ne sent pas la vésicule biliaire.

Nous diagnostiquons un calcul du cholédoque et pratiquons l'opération le 11 mars.

Incision latérale externe. Deux calculs sont enclavés dans le cystique et retirés par une incision directe qui est suturée. La vésicule incisée ne renferme pas de pierres. Au palper on ne trouve pas de calcul au niveau de la portion sus-duodénale du cholédoque, mais au niveau de

la tête du pancréas on sent une masse assez volumineuse dure, sans rétraction de la surface pancréatique, ni nodule. Je diagnostique un calcul de la portion terminale du cholédoque; une incision longitudinale est faite sur la portion verticale du duodénum; puis, l'intestin ouvert, on sent une masse au niveau de l'ampoule de Vater : j'incise sur cette masse et retire non pas un calcul, mais une masse dont le volume était comparable à un petit œuf de poule, formée par l'agglomération de centaines de petits calculs inégaux, prismatiques, cimentés par une sorte de boue biliaire concrète. Je fermai en partie l'incision faite sur le cholédoque et suturai complètement, bien entendu, le duodénum par deux plans de suture en surjet. Un drain fut placé dans la vésicule dont le fond fut suturé à la plaie cutanée.

Le 10 mars on enleva les fils; une quantité assez grande de bile s'écoula par le drain jusqu'au 25 mars. Dès lors on fait de petites cautérisations du trajet au nitrate d'argent, mais la fistule persiste plus de trois mois.

Dès les premiers jours qui suivirent l'opération, du reste, tous les symptômes ictériques avaient commencé à décroître pour bientôt disparaître.

Les forces et l'appétit étaient venues et la guérison devint complète.

Je n'ai fait d'ailleurs que répéter une opération pratiquée dejà par Mac Burney, Czerny, etc., et, en France, par Pozzi : c'est la cholédocotomie intra-duodénale. On sait que Mac Burney a tenté d'étendre cette pratique aux calculs de la portion sus-duodénale qu'on aurait d'après lui facilité à amener par pression après écrasement au besoin jusque dans l'ampoule de Vater. Je ne recommande pas cette conduite : dans un autre cas où je tentai de la suivre pour un calcul de la portion sus-duodénale je ne pus faire descendre mon calcul après avoir ouvert le duodénum. Je fus obligé de fermer le duodénum et d'inciser directement le cholédoque sur la pierre. Ma malade guérit.

En résumé, le diagnostic au cours de l'opération ne me paraît délicat, en dehors des lésions de péritonite diffuse auxquelles j'ai fait allusion plus haut, que dans les cas de siège intra-pancréatique des concrétions calculeuses; on peut alors hésiter entre une incision directe ou la voie intra-duodénale que j'aurais tendance à préférer; j'adopterais donc les conclusions de mon collègue s'il voulait les limiter et les préciser.

Le second point que je discute est celui de la technique opératoire. M. Guinard nous dit que la non-suture du cholédoque est de pratique courante; il a même ajouté oralement pratique classique. Je ne puis trop me réjouir de l'approbation aussi nette d'une méthode que je me suis efforcé de répandre et que j'ai été, je crois, le premier à recommander ici, comme technique générale et systématique de toute cholédocotomie.

Les premières cholédocotomies sans sutures en effet ont été des opérations de nécessité : on n'a pas suturé le cholédoque après l'avoir incisé et extrait le calcul parce qu'on n'a pas pu faire autrement, la profondeur de la plaie et l'impossibilité de mobiliser le canal créant une impossibilité absolue; c'est ce qui est arrivé à Thiriar (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, août 1894). Ce chirurgien ne put même recourir à l'incision du cholédoque pour enlever le calcul qu'il contenait; les bords du conduit furent déchirés avec l'ongle.

L'auteur ajoute : « il m'était complètement impossible d'aller suturer l'ouverture ainsi produite, je ne le tentai même pas », etc.

De même Hochenegg (1) en 1890 renonça à suturer l'ouverture du cholédoque par suite de la profondeur de la plaie; c'est la même raison qui me guida dans ma première opération (2). Dans d'autres circonstances, le malade est opéré pour ainsi dire d'urgence, on abrège le plus possible l'intervention; c'est ainsi que Jaboulay (3) se borne à placer des lanières de gaze iodoformée à la face inférieure du foie.

La malade d'Arbuthnot Lane (4) est opérée *in extremis*, il en est à peu près de même d'une seconde malade de Jaboulay (5) dont l'observation très succincte est publiée dans la thèse de Jourdan auquel j'emprunte du reste cette classification des cas non suturés;

Dans une troisième classe se rangent les cholédocotomies qui n'ont pas été suturées parce que la suture a été jugée inutile à cause des adhérences préexistantes; telles sont les observations d'Arbuthnot Lane et de Bland Sutton (6) : « la vésicule et le cholédoque sont naturellement isolés de la cavité péritonéale par des adhérences »; et celle encore de Duncan (7); j'ajoute à ces trois catégories de faits une quatrième dans laquelle le chirurgien a voulu suturer le cholédoque et il l'a suturé, mais ses sutures ont coupé les tissus et il a dû se résigner au tamponnement : tel a été le cas de Kehr (8).

Il n'est assurément pas juste, lorsqu'on fait l'histoire de la cholédocotomie sans suture, de se préoccuper uniquement des dates de l'opération et d'aligner ainsi dans un ordre historique factice

(1) *Wiener klin. Woch.*, 1891, p. 960-972, cité par Terrier.
(2) Quénu. *Bull. de Chir.*, nov. 1894.
(3) Th. Jourdan, 1895. *Revue de Chir.*, p. 19.
(4) *Lancet*, 2 mars 1895.
(5) Obs. Th. Jourdan, *loc. cit.*
(6) Cité par Terrier.
(7) Edimb., *Med. journ.*, 1893, p. 1081, cité par Jourdan.
(8) *Deutsche Zeitsch f. Chir.*, 15 juin 1894, Jourdan, *loc. cit.*

comme l'a fait M. Pantaloni (1) un certain nombre d'opérations et de chirurgiens.

En réalité, Morison est le premier chirurgien qui ait recommandé la cholédocotomie sans suture, pour les cas où la suture est possible. Dans un très court article du *British med.*, 1894 (3 novembre), il dit que dans neuf cas opérés par lui ou par d'autres en sa présence, le cholédoque fut laissé ouvert : sur ces neuf cas, deux morts dont une par hémorragie. Morison ne fournit, d'ailleurs, aucune observation à l'appui de son conseil. L'année suivante, il a repris la question dans les *Annals of Surgery* (1895), en apportant trois observations.

En 1897, Claisse et moi nous avons défendu la cholédocotomie sans suture comme opération de choix et fait valoir à l'appui un certain nombre d'arguments en même temps que nous présentions un tableau des cholédocotomies faites jusqu'alors.

Depuis 1897, plusieurs de nos collègues, Reynier, Schwartz, Routier, Guinard, Picqué, ont publié des observations isolées; on les trouvera colligées dans une thèse sur la cholédocotomie sans suture d'un de mes élèves, Yaïch (Paris, 1902), auquel j'ai confié cinq nouvelles observations inédites. En les ajoutant à l'observation lue ici en avril 1895, à une autre contenue dans notre mémoire de 1897, aux deux que j'ai apportées le 8 juin 1898 et à celle que je communique aujourd'hui un peu plus loin, j'arrive à un total de dix observations personnelles de cholédocotomie sans sutures pour lithiase. Ces dix observations m'ont donné dix guérisons. Je n'entends pas rééditer tous mes arguments en faveur de cette conduite chirurgicale, je veux me borner à dire un mot du drainage des voies biliaires, par une fistule faite à la vésicule.

Je crois le drainage du cholédoque de beaucoup préférable. D'abord, le drainage des voies biliaires par une fistule vésiculaire est assez souvent rendu impraticable soit par l'atrophie de la vésicule, soit par l'oblitération du cystique; il est rendu imparfait par le rétrécissement du cystique; il n'est donc recommandable que lorsque les voies biliaires accessoires sont dans un état de perméabilité parfaite, ce qui, on nous l'accordera, est loin d'être la règle. M. Ardouin avait pratiqué une cholécystostomie et placé un drain au contact du cholédoque suturé. Son drainage des voies accessoires n'empêcha pas une fistule du cholédoque de s'établir; ainsi que nous dit M. Guinard « la bile s'écoula en totalité par la bouche vésiculaire et le drain du cholédoque ».

Il est remarquable, en outre, de constater qu'une fistule du cholédoque se ferme plus facilement et bien plus vite qu'une fis-

(1) *Chirurgie des voies biliaires*, 1899.

tule de la vésicule, toutes choses étant égales d'ailleurs, et pour vérifier cette proposition, il n'y a qu'à observer ce qui se passe quand on a fait simultanément une fistule du cholédoque et une fistule cholécystique. J'ai comme beaucoup d'autres pratiqué ce drainage cholécystique quand, en même temps qu'un calcul dans les voies principales, je rencontrais de la lithiase et des altérations de la vésicule.

Voici d'abord un exemple d'insuffisance de drainage par la vésicule; je le prends dans une observation personnelle publiée dans nos Bulletins, p. 714, 1897. J'avais extrait une série de calculs du cholédoque et suturé ce canal, puis ouvert la vésicule, extrait vingt calculs et laissé la vésicule ouverte; quelques jours après l'opération, de la bile s'écoula en abondance par la fistule vésiculaire, puis d'une façon intermittente, et l'opérée présenta le 13[e] jour après la cholédocotomie des signes d'une rétention biliaire de telle gravité que je fus obligé de pratiquer une cholédocotomie secondaire. Or cette obstruction secondaire du cholédoque était bien due à de la bile épaisse ou au gonflement des parois du conduit, car il ne sortit aucun calcul, et l'exploration par le stylet des deux bouts n'en fit rencontrer aucun; il y eut donc de la rétention biliaire et de la cholémie malgré le drainage par les voies biliaires accessoires, mais, à partir de l'établissement d'un drainage du cholédoque, tous les symptômes de cholémie disparurent et la guérison survint sans encombre, la fistule du cholédoque se ferma en neuf jours.

On conçoit qu'il y ait quelque variabilité dans l'époque de disparition du passage de la bile par la plaie; cela dépend de l'état anatomique du cholédoque au moment de l'opération et de la composition de la bile. Dans les cas de bile fluide, souvent tout écoulement disparaît après neuf, douze ou quinze jours.

Dans l'observation ci-dessous que je rapporte aujourd'hui, on peut lire que sept jours après l'opération on enlève le drain et que la bile ne passe plus par la fistule du cholédoque; elle passe encore d'une façon intermittente par la fistule vésiculaire; trois mois après l'opération, alors que l'ictère a disparu, que les matières sont parfaitement colorées et que la perméabilité des voies principales est manifeste, il se fait de temps en temps un écoulement de bile par la portion fistuleuse de la vésicule, et je suis obligé pour le tarir de faire une véritable opération autoplastique dont on lira les détails dans l'observation. L'explication de ce fait est simple, du reste.

D'une part, la contraction de la vésicule, dont la fonction est d'être un véritable appareil de chasse, augmente brusquement la pression et expulse la bile en dehors, mais avant tout il se forme

entre la peau et la muqueuse vésiculaire une véritable continuité, épithéliale qui est la véritable entrave à l'oblitération fistuleuse. La plaie cholédoquienne n'est soumise qu'à des pressions régulières, elle est entourée de tissus qui tendent à se rétracter et à former bouchon, l'avivement du conduit incisé persiste et nul épithélium ne s'y interpose.

Cholédocotomie sans suture. Cholécystostomie. Fistule biliaire persistante. Opération autoplastique. Guérison.

Mme J..., âgée de trente-cinq ans, nous est adressée par notre collègue le Dr Widal pour un ictère chronique et des accidents de rétention biliaire. Elle a présenté ses premiers accidents hépatiques en octobre 1901, sous forme de douleurs par accès et de légers ictères passagers. Les douleurs avaient toujours pour siège l'épigastre, survenaient à peu près tous les mois un peu avant les règles; retentissement dorsal mais non scapulaire; jamais de vomissements.

L'ictère actuel remonte à plusieurs mois. Aucune fièvre. Les matières sont décolorées, d'une façon intermittente; les urines renferment du pigment biliaire.

Opération le 8 novembre 1902; cholédocotomie sans suture. La vésicule renferme des calculs, le fond est ouvert et fixé à la peau. Un drain est placé dans la vésicule et un drain dans le cholédoque.

Dès le 15, les selles sont colorées, les drains enlevés; aucun écoulement biliaire ne se fait plus sauf par la plaie répondant au fond de la vésicule. Fin décembre, alors que depuis plus d'un mois tout le reste de la plaie est fermé, il persiste un trajet fistuleux répondant à la vésicule biliaire.

Le 27 janvier je fais l'opération suivante. La cicatrice est réséquée autour du pertuis fistuleux, la vésicule disséquée dans une certaine étendue; après une hémostase soignée et un avivement étendu je suture les parois de la plaie vésiculaire par un surjet au catgut, puis pardessus les plans fibreux de la paroi abdominale et la peau.

La réunion est obtenue en dix jours, sans aucun écoulement biliaire.

J'invoque donc, à l'appui de la non-suture, non seulement la simplicité des suites opératoires, et la rapidité de la désintoxication du malade, mais encore la rapidité de la guérison. *Je n'hésite donc pas à regarder comme un traitement de choix la cholédocotomie sans suture.*

Grâce à elle, la cholédocotomie est devenue pour moi une opération réellement bénigne, puisqu'en rassemblant mes observations, qui toutes sont publiées, j'arrive, comme je l'ai dit plus haut, à un total de dix guérisons sur dix opérations. Or, certaines d'entre elles comprenaient des cas très compliqués et difficiles. J'applique la cholédocotomie sans suture à tous les cas. Dans les cas simples, en effet, pour lesquels on pourrait faire la suture, la plaie faite au cholédoque guérit avec une rapidité merveilleuse;

dans les autres, le drainage du cholédoque s'impose mais entre ces extrêmes se place toute une série de cas intermédiaires qu'il est difficile d'apprécier.

Il ne me paraît donc ni prudent ni rationnel de chercher à faire des distinctions pour ceux où on doit drainer ou non : nous ne pouvons savoir extemporanément quelles sont les qualités microbiennes de la bile. Si d'autre part, pour un opéré affaibli, la cholédocotomie sans sutures d'après Schwartz (1) est de mise, à plus forte raison sera-t-elle une bonne opération pour un sujet solide.

Je me suis permis de reprendre à six années de distance ce plaidoyer en faveur de la cholédocotomie sans suture, parce que je ne crois pas, comme l'écrit notre collègue Guinard, qu'elle ait rallié tous les chirurgiens. A l'étranger, Mayo Robson, Elliott, Page (2) continuent à suturer. Je laisse à mes collègues de la Société de chirurgie le soin d'apporter leurs observations et leur opinion sur une pratique chirurgicale dont l'importance, qu'on l'accepte ou qu'on la combatte, ne me semble pas devoir être contestée.

Calculs du cholédoque, indurations de la tête du pancréas.

M. Routier. — A plusieurs reprises déjà, nous avons eu ici l'occasion de parler de l'extraction des calculs du cholédoque, soit qu'on les aborde directement par la taille de ce canal, soit qu'on y arrive progressivement en suivant les voies biliaires. Après avoir ouvert la vésicule, on suit de proche en proche le canal cystique, et enfin on ouvre le cholédoque.

J'ai toujours soutenu, pour ma part, que si la suture du canal cholédoque était inutile, elle m'avait toujours paru d'une difficulté presque insurmontable, et jamais, dans les diverses interventions que j'ai faites, je n'ai pu, comme l'opérateur dont nous parle M. Guinard, prendre le cholédoque entre le pouce et l'index et le mobiliser.

Il arrive pour le cholédoque sous l'influence de la lithiase, ce qui arrive pour la vésicule et pour le canal cystique : ils se sclérosent et sont enfouis dans des fausses membranes qui, non seulement rendent la mobilisation difficile, mais encore rendent leur découverte très laborieuse.

C'est la nécessité, non pas le choix, qui m'a conduit à cette manière de faire, à cette méthode si on veut, qui consiste à ne pas chercher à suturer le canal cholédoque.

(1) *Chirurgie du foie*, p. 527.
(2) *Lancet*, 1896.

L'expérience m'a appris que ce canal se fermait tout seul, et qu'on évitait tout accident dû à son ouverture par un drainage bien fait.

Je conseille surtout l'emploi de deux gros drains qui vont de l'ouverture du canal au dehors, drains appuyés sur une compresse placée au-dessous d'eux, pliée en plusieurs doubles, et faisant comme un plancher protecteur entre les drains et le reste de la cavité abdominale.

Je suis cette pratique depuis de nombreuses années, depuis mes premières interventions sur les voies biliaires, et n'ai jamais eu qu'à m'en louer.

Mais je passe sur ces points pour vous rapporter quelques cas destinés à montrer combien il est difficile d'interpréter les indurations qu'on sent quelquefois au niveau de la tête du pancréas, et pouvoir affirmer qu'il s'agit d'un calcul, d'un cancer ou de ganglions.

Le 24 mai 1900, je pratiquai la cholécystectomie à une femme de cinquante et un ans, qui avait seulement des signes de lithiase biliaire.

J'enlevai la vésicule qui contenait un gros calcul mûriforme; elle guérit très vite et sans la moindre complication.

J'avais senti au cours de mon opération, en explorant les voies biliaires, une induration comme caoutchoutée à la tête du pancréas.

Rapprochant cette sensation de la forme spéciale de ce calcul unique trouvé dans la vésicule, calcul qui ressemblait beaucoup plus à un calcul vésical, oxalique, qu'à un calcul biliaire, j'affirmai l'existence d'un cancer de la tête du pancréas ou de l'ampoule de Vater.

Or, vers la fin de décembre 1901, elle revenait me voir, en parfait état, ayant gagné 10 livres, ne souffrant plus, se portant mieux que jamais; de sorte que mon interne Milhiet, qui faisait sa thèse sur ce sujet, l'enregistra comme un succès de la cholécystectomie pour calcul.

Le 26 janvier 1903, elle est revenue, cette fois avec un ictère noir, vomissant tout ce qu'elle mangeait, des douleurs plus vives que jamais, et j'ai dû lui pratiquer la gastéro-entéro-anastomose.

C'était bien un cancer du pancréas qui avait occasionné de l'occlusion au niveau du duodénum.

Dans un autre cas, il s'agissait au contraire seulement de calculs.

Mme C..., âgée de quarante-deux ans, me fut adressée pour des troubles déjà anciens dus à la lithiase biliaire, troubles réveillés depuis quelques jours et qui lui causaient des accès de fièvre à 39 degrés.

Je la gardai quelques jours avec de la glace sur le ventre; la

fièvre tomba, et, le 18 juin 1901, je pratiquai la cholécystectomie.

La vésicule était petite, rétractée, cachée sous le foie; elle contenait un seul calcul biliaire ordinaire, mais, en explorant les voies biliaires, on sentait très loin plusieurs calculs qu'on pouvait appliquer contre la colonne vertébrale. Il semblait qu'il y eut des calculs en chapelet dans le cholédoque.

J'avais ouvert la vésicule, je la lavai, puis j'ouvris de proche en proche le col, le canal cystique; je dépassai un rétrécissement et je pus faire sortir par pression, en les ramenant en arrière, quatre calculs assez gros, à facettes.

Ne sentant plus rien, bien qu'il m'eût semblé en perdre un pendant mes pressions, je drainai, et la malade sortit guérie et cicatrisée le 6 juillet.

Elle reprit son travail qui consistait à faire des ménages; une fois par semaine, elle était obligée de cirer sept à huit pièces; toujours ce travail la fatiguait extrêmement et lui causait des douleurs dans le côté droit, mais plus bas qu'avant son opération, plutôt du côté de l'appendice.

Le 14 janvier 1902, elle revenait dans mon service avec tous les signes d'une péritonite violente et d'une grosse collection dans la région de la fosse iliaque droite.

Je crus à une appendicite; elle était malade depuis cinq jours; je l'opérai d'urgence quelques heures après son entrée.

Je pratiquai une laparotomie latérale qui me permit d'ouvrir un foyer profond en dehors et en arrière du cæcum, lequel donna issue à un demi-litre au moins de sérosité citrine; je lavai le foyer; le cæcum était couvert de fausses membranes vertes. L'appendice, très long, était aussi couvert de plaques vertes; je le réséquai. Cet appendice long était beaucoup plus malade à l'extérieur qu'à l'intérieur ou que dans son épaisseur. Il était comme engainé par une fausse membrane verte, qui se détacha facilement. Je drainai largement la cavité.

J'étais convaincu que cette femme ne passerait pas la nuit; il n'en fut rien.

Le lendemain matin, le pansement était souillé de pus et de *bile*, ce qui nous étonna beaucoup; la bile continue à couler; elle se remontait cependant, et nous espérions la tirer d'affaire quand, le 27, treize jours après l'intervention, elle mourut, après quelques accidents fort peu caractéristiques.

L'autopsie fut des plus instructives :

Il y avait un calcul à facettes dans l'ampoule de Vater, et un calcul ramifié dans la branche droite du canal hépatique.

Le cholédoque était dilaté; pas de dilatations biliaires intra-hépatiques, pas de lésions du foie. Nous n'avons pu expliquer ce flux de

bile dans le foyer que par la rupture de la cicatrice du moignon de la vésicule, sans avoir pu cependant vérifier bien nettement cette déchirure, mais c'était de là que partait la traînée jaunâtre, indice du flux de bile hors des voies naturelles.

Voilà un cas où certainement un des calculs du cholédoque, celui que j'avais senti m'échapper, est allé se loger dans l'ampoule de Vater et a causé ultérieurement ces accidents.

Or, pas plus à l'autopsie que pendant ma première intervention, il n'était possible de sentir ce calcul, pas plus qu'une induration quelconque permettant de le soupçonner et de le découvrir.

L'interprétation des sensations diverses qu'on éprouve en palpant directement la région de la tête du pancréas ou de l'ampoule de Vater est des plus difficiles; il y a des ganglions qui peuvent faire croire à un calcul ou à un cancer, et inversement.

J'estime cependant que lorsqu'on a cette sensation de dureté sur la tête du pancréas et qu'en même temps on a trouvé un gros calcul mûriforme dans les voies biliaires, il y a de grandes probabilités pour que l'induration soit due à un cancer. Dans les cas de cancer de la tête du pancréas ou de l'ampoule de Vater, quand j'ai trouvé de la lithiase biliaire, c'était toujours un calcul unique, assez gros et d'aspect mûriforme.

Rapport.

Exclusion de la plus grande partie de l'intestin pour un anus contre nature, par M. J. VANVERTS (de Lille).

Rapport par M. LEGUEU.

A cette époque où les opérations sur l'intestin sont à l'ordre du jour, à cette époque où bientôt sera discuté devant le Congrès de chirurgie l'exclusion de l'intestin, tous les faits ont leur valeur qui peuvent permettre de connaître les résultats et de préciser les indications de cette opération.

A ce titre, une observation que M. Vanverts (de Lille) nous a adressée est pleine d'intérêt; elle a trait à une exclusion unilatérale tentée pour la guérison d'un anus contre nature. Ce qui en fait une observation très spéciale, c'est l'étendue considérable de la portion de l'intestin exclue; l'exclusion, en effet, a porté *sur une grande partie du jéjunum, sur l'iléon, le côlon ascendant et la moitié du côlon transverse.*

Cette observation, très originale à ce point de vue, mérite d'être

relatée avec tous les détails qu'elle contient; la voici intégrale, et telle que notre confrère nous l'a envoyée.

Mme veuve V..., quarante-cinq ans. Pas d'antécédents héréditaires.

Les règles ont apparu pour la première fois à l'âge de quinze ans; elles ont toujours été régulières, durant quatre à cinq jours. De temps en temps existait un peu de leucorrhée.

Sept accouchements normaux : le premier à dix-huit ans, le dernier à trente ans. Suites simples.

En 1899, les règles deviennent plus abondantes; des caillots sont expulsés à chaque période menstruelle; elles augmentent de fréquence (elles apparaissent toutes les trois semaines) et de durée (dix jours).

En mai 1902, la malade entre dans le service de M. le professeur Folet, à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, où l'on porte le diagnostic de fibrome utérin.

M. le Dr Le Fort, chef de clinique chirurgicale, procède à la laparotomie; il tombe sur un utérus très volumineux, régulier, mou, et constate que les trompes s'insèrent à sa partie supérieure. Ces caractères lui font penser qu'il s'agit peut-être d'une grossesse, et il referme le ventre.

A la suite de cette intervention, un volumineux hématome se produisit dans la paroi abdominale, au niveau de la plaie, et détermina une longue suppuration.

Les métrorragies se reproduisirent à plusieurs reprises et sans régularité. Le 3 septembre 1902, une hémorragie très abondante apparaît; la malade croyant à une fausse couche entre dans le service de M. le professeur Gaulard, à l'hôpital de la Charité de Lille.

Examen. — La cicatrice résultant de la première opération est très large et mince; elle adhère sur toute son étendue à la tumeur que renferme le ventre. Celle-ci a la forme régulière d'un utérus gravide; elle fait une saillie appréciable à la vue, et remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; la consistance est molle, la matité est absolue à son niveau. Le col utérin n'est pas ramolli, il est entr'ouvert. Les téguments, les lèvres et les conjonctives sont décolorés.

Le diagnostic de fibrome utérin ne me semble pas douteux. Cependant, pour contrôler mon opinion, je dilate le col avec des laminaires. Aucune contraction utérine n'apparaît, et le doigt introduit profondément dans le col ne perçoit rien.

Dans ces conditions, l'ablation du fibrome est absolument indiquée. M. le professeur Gaulard partage mon avis et veut bien me confier l'intervention.

Opération (24 septembre 1902). — Je suis aidé par M. le Dr Bué. Incision sous-ombilicale passant à gauche de la cicatrice. Je tombe sur l'intestin adhérent intimement à la paroi abdominale. Je le détache sur une petite étendue, mais je renonce bientôt à cette manœuvre et poursuis l'incision de la paroi en haut; je pénètre ainsi dans la cavité péritonéale, en un point où les adhérences n'existent pas. Je fais alors les constatations suivantes : l'intestin est adhérent à la paroi abdominale

dans toute la région sous-ombilicale, et ces adhérences s'étendent très loin à droite et à gauche, je ne puis en trouver la limite; l'intestin est, d'autre part, intimement adhérent à la tumeur utérine et cache complètement celle-ci à la vue; il forme ainsi un moyen d'union entre la paroi abdominale et l'utérus, et c'est cette disposition qui explique la sensation que m'avait donné le palper abdominal et qui m'avait fait croire à une adhérence entre le fibrome et la paroi du ventre. J'essaie de libérer les adhérences utéro-intestinales; mais, dans ces tentatives, je déchire une anse intestinale. Dans ces conditions, je renonce à poursuivre l'opération et à extirper l'utérus. Je ne puis, — faute de matériel à suture, — que fermer la plaie intestinale par un seul surjet au catgut n° 2, intéressant la totalité des lèvres de l'orifice. Une mèche de gaze stérilisée est laissée au contact de l'anse blessée, et la paroi abdominale fermée par un seul plan de crins.

Suites. — Simples au point de vue de la réaction péritonéale qui fut nulle. Le 26 septembre, c'est-à-dire deux jours après l'opération, je défais le pansement. Des matières jaunâtres, liquides, non homogènes, d'odeur fade non fécaloïde, s'écoulent par la plaie.

L'écoulement s'accentue les jours suivants. Les bords de la plaie sont véritablement digérés; la paroi abdominale, dans la région sous-ombilicale, est le siège d'une vive irritation, malgré les pansements à la vaseline et au bicarbonate de soude. Depuis l'opération, aucun gaz n'a été émis par l'anus; il en est de même des matières qui sont expulsées en totalité par la plaie. La malade s'amaigrit rapidement.

J'essaie en vain d'injecter par le bout inférieur de l'intestin du liquide alimentaire ; celui-ci ne pénètre pas.

Dans ces conditions, je me décide à tenter *l'exclusion de l'anse intestinale* sur laquelle siège l'anus. La disposition reconnue au moment de l'opération antérieure, permet de prévoir que c'est dans le côlon transverse que l'abouchement du bout supérieur de l'intestin devra être exécuté.

Seconde opération (6 octobre 1902). — Je suis aidé par M. le professeur Bué. La portion sous-ombilicale de la paroi est désinfectée le mieux possible et recouverte de plusieurs compresses stérilisées qui l'isoleront. Le bout supérieur de l'intestin a été préalablement tamponné à la gaze, de façon qu'on puisse le reconnaître facilement au cours des manœuvres intra-abdominales. La portion sus-ombilicale de la paroi est ensuite désinfectée soigneusement.

Incision sus-ombilicale, médiane, de 10 centimètres environ.

La peau sectionnée, on fixe aussitôt ses lèvres à des compresses à l'aide de pinces, de façon à isoler les téguments dont l'asepsie est douteuse. L'incision est ensuite poursuivie dans la profondeur et la cavité péritonéale ouverte. L'épiploon forme un voile qui recouvre l'intestin et qui va adhérer à celui-ci et à la paroi abdominale dans la région de l'anus; je le sectionne entre deux rangées de ligatures au catgut.

Les anses intestinales sont libres, comme je l'avais constaté dans la région supérieure du ventre. Je trouve facilement celle qui s'abouche à la paroi, grâce au tampon de gaze qu'elle renferme; cette anse représente la partie initiale du jéjunum; on la suit facilement jusqu'à

l'angle duodéno-jéjunal qui est tout proche. C'est à 50 ou 60 centimètres au maximum de celui-ci que je sectionne l'intestin.

Le bout inférieur est enfoui dans une compresse. Le bout supérieur est implanté dans le bord libre du côlon transverse au niveau de la portion moyenne de celui-ci, et lui est uni par deux plans de suture au fil de lin : l'un profond, intéressant la totalité des tuniques; l'autre superficiel, séro-musculaire. Je constate que le côlon, que l'on reconnaît facilement à ses bandes longitudinales, présente un calibre inférieur à celui de l'anse grêle que j'y abouche. Le bout inférieur de l'intestin est d'abord fermé par une ligature au catgut, puis par une suture en bourse séro-musculaire, au fil de lin; et celle-ci, qui ne me satisfait pas complètement, est enfouie sous un morceau d'épiploon que je fixe par quelques points au fil de lin. La plaie abdominale est complètement suturée en deux plans : l'un profond, péritonéal ; l'autre cutanéo-musculaire. Elle est ensuite recouverte d'une couche de collodion et de gaze stérilisée.

Suites. — Dans les heures qui suivent l'opération, se produisent quelques vomissements qui cèdent bientôt. Au bout de sept heures, on commence à donner à la malade, par petites quantités, de l'eau alcoolisée. Température vespérale, 36 degrés; pouls, 120. A minuit, expulsion d'un gaz par l'anus.

7 *octobre.* — Bon état général, température matinale, 36°,7 ; pouls, 115. Émission fréquente de gaz par l'anus. On augmente la quantité des boissons. Température vespérale, 36°6.

8 *octobre.* — Température matinale, 36°3; pouls, 108 (la température et le pouls continueront désormais à être normaux). Je change la partie inférieure du pansement correspondant à la région sous-ombilicale de la paroi. Une amélioration considérable s'est effectuée de ce côté : l'irritation cutanée a presque complètement disparu. J'enlève la mèche de gaze qui tamponnait l'intestin et qui est imbibée de pus dans sa portion profonde.

9 *octobre.* — L'administration de 50 centigrammes de calomel amène une selle peu abondante. On donne du bouillon à la malade.

10 *octobre.* — Pansement. La plaie supérieure a un excellent aspect. Du pus peu abondant à odeur légèrement fécaloïde (mais sans aucune trace de matières) souille la plaie inférieure. Lait et potages. Deux selles diarrhéiques spontanées.

11 *octobre.* — *Idem.* Œufs.

13 *octobre.* — Enlèvement des fils. Bonne réunion.

Jours suivants. — Le pansement inférieur est souillé par du liquide entérique, presque incolore, qui s'écoule abondamment par l'ancien anus, mais qui ne présente aucune propriété irritante pour la peau; celle-ci est redevenue normale. L'intestin fait hernie par sa face muqueuse; cette saillie augmente progressivement malgré la compression que l'on exerce à son niveau; elle est animée de mouvements péristaltiques et antipéristaltiques. Les selles sont parfois moulées; mais, en général, elles sont franchement liquides ou pâteuses. La malade prend la nourriture ordinaire de l'hôpital.

A partir du 25 octobre, l'écoulement du suc intestinal diminue, mais ne cesse jamais complètement.

28 *octobre*. — Sur le conseil de M. le professeur Wertheimer, j'essaie, malgré l'échec que j'ai éprouvé antérieurement, d'introduire des liquides alimentaires par le bout inférieur de la fistule. La sonde de Nélaton pénètre toute entière, malgré la révolte de l'intestin qui l'expulse quand on cesse de la maintenir. Il est impossible d'introduire du liquide par cette sonde, et quand, exceptionnellement, cette introduction se fait, la totalité du liquide injecté est aussitôt rejetée par saccades. Il faut donc renoncer à alimenter la malade par cette voie. L'état général s'améliore, du reste, progressivement ; l'appétit est excellent.

L'examen de l'urine, pratiqué par M. Wertheimer, permet de constater que la quantité d'urée est normale.

La malade sort de l'hôpital le 16 décembre 1902.

Je la revois le 29 mars 1903. Six semaines après sa sortie de l'hôpital, elle a présenté une métrorragie de moyenne abondance qui a duré huit jours. A la même époque, les jambes ont commencé à enfler ; cet œdème a disparu progressivement sans aucun traitement. Il y a cinq semaines, une nouvelle métrorragie s'est produite ; elle a duré trois semaines et a été abondante ; il en est résulté un certain affaiblissement.

Actuellement l'appétit est bon. Les forces reviennent, mais lentement. La malade vaque à ses occupations dans la maison ; elle sort un peu, mais ne peut faire de longues courses. La diarrhée persiste : les selles se produisent deux, trois, quatre, six fois chaque jour ; elles sont parfois blanchâtres, mais ordinairement brunâtres ; elles sont toujours très fétides. La saillie intestinale persiste ; le liquide qui s'écoule à son niveau est puriforme et ne présente plus guère d'odeur.

Du 16 décembre 1902 au 29 mars 1903, la malade a augmenté de dix livres.

Cette observation est un exemple de péritonite plastique étendue à toute la séreuse de la moitié sous-ombilicale de l'abdomen et consécutive à la suppuration d'une plaie de laparotomie. Quelque intérêt que présente ce sujet, je n'y insisterai pas ici, et je ne retiendrai de cette observation que ce qui a trait à l'*exclusion de l'intestin*.

Il y a ici : 1° une *indication*, et 2° un *résultat* à envisager.

1° M. Vanverts se trouvait en présence du cas suivant : anus contre nature siégeant à la partie supérieure du jéjunum et laissant passer la totalité des matières ; il y avait dépérissement rapide ; il était impossible d'assurer l'alimentation par l'injection de liquides alimentaires à travers l'orifice intestinal. Il fallait donc intervenir, et intervenir rapidement.

La fermeture de l'anus par l'un des procédés de la méthode extrapéritonéale aurait été infailliblement suivie d'échec ; l'état

d'irritation et de « digestion » des tissus qui entouraient l'orifice ne laissait à ce sujet aucun doute.

Il n'y avait pas d'autre part à songer à réséquer l'anse blessée et à anastomoser ensuite les deux bouts de l'intestin ; les adhérences solides que l'on savait exister dans toute la région sous-ombilicale du ventre n'auraient probablement pas permis de mener à bien cette intervention.

Il ne restait plus qu'à pratiquer la *dérivation* des matières par l'exclusion ou l'entéroanastomose.

L'exclusion bilatérale, l'exclusion de l'anse seule, aurait, dit M. Vanverts, présenté les mêmes difficultés d'exécution que la résection elle-même ; et je le crois volontiers. L'exclusion bilatérale aurait en outre fait de l'anus une fistule définitive puisqu'il est entendu que l'exclusion bilatérale n'est possible et permise qu'à la condition qu'elle soit et reste fistuleuse.

« Une seule ressource me restait donc, dit plus loin M. Vanverts, c'était d'exclure tout le paquet d'intestin grêle situé en aval de l'anus contre nature, en abouchant la partie supérieure du jéjunum au colon transverse, et en faisant une exclusion unilatérale. » Les manœuvres opératoires, en effet, ne pouvaient se passer que dans la région sus-ombilicale du ventre, dans cette région qu'une intervention précédente avait montrée libre.

Entre l'entéroanastomose simple et l'exclusion unilatérale de l'intestin, notre confrère a tout de suite choisi l'exclusion unilatérale. Bien qu'il ne nous dise pas les raisons de sa préférence, je crois les trouver dans l'espérance qu'il avait de voir à la suite de l'exclusion la fistule se fermer plus rapidement qu'après une simple entéroanastomose. Ses prévisions sur ce point, ses espérances étaient-elles légitimes ? Non, puisque, à la suite de son exclusion, l'anus contre nature a conservé encore une sécrétion assez importante.

Dans les traitements de l'anus contre nature et des fistules stercorales compliquées de telles lésions ou adhérences que la résection intestinale est impossible, l'entéroanastomose est une excellente opération, mais à condition qu'on lui adjoigne une opération secondaire, portant directement sur l'anus contre nature. Après l'entéroanastomose, l'écoulement des matières par la fistule stercorale disparaît quelquefois complètement ; plus souvent, il ne fait que diminuer, l'anus contre nature se transforme en fistule stercorale, et, à part quelques exceptions, on peut redire avec raison, je pense, que l'entéroanastomose est par elle-même insuffisante à guérir un anus contre nature.

L'exclusion unilatérale est-elle plus avantageuse à ce point de vue? J'entends au point de vue de la persistance de l'anus contre

nature ou de la fistule stercorale. Ce sont les seuls cas auxquels pour l'instant je veuille faire allusion.

Il semble à première vue que l'exclusion unilatérale en supprimant l'apport des matières venant du bout supérieur nous mette dans des conditions plus avantageuses que l'entéroanastomose seule. Dans certains cas, d'ailleurs, comme dans une observation de Bier (1), l'écoulement des matières par la fistule ne cessa que lorsque, à une entéroanastomose déjà faite, le chirurgien ajouta l'exclusion de l'intestin.

Mais ce serait cependant une erreur de croire que l'exclusion unilatérale suffira dans tous les cas à guérir la fistule stercorale par cette seule raison qu'elle supprime l'apport des matières venant du bout supérieur.

La persistance de la fistule peut après l'exclusion unilatérale être entretenue par deux causes, par le reflux des matières venant du bout de l'intestin inférieur à la fistule et aussi par les sécrétions propres de l'anse exclue.

Le reflux des matières, comme l'ont établi MM. Terrier et Gosset (2) dans leur travail, est toujours possible, mais il faut cependant à ce point de vue considérer le siège de la fistule et de l'implantation après l'exclusion.

Lorsque, pour une fistule de la fin de l'intestin grêle ou du cæcum, l'implantation de l'exclusion est faite loin, dans l'anse oméga, dans le côlon descendant, voire même dans le côlon transverse, les matières n'ont aucune tendance à remonter le cours normal du gros intestin et à venir s'accumuler ou s'écouler au niveau du cæcum ; Kammerer (3) cependant dut réintervenir une fois pour réopérer une fistule stercorale persistant après un abouchement fait dans le côlon transverse ; mais par contre, après des opérations semblables, Kammerer lui-même, Jaboulay et Bérard (4), Delore et Petel (5) virent l'écoulement des matières cesser après l'opération.

Ce reflux des matières, rare sur le gros intestin, est encore plus difficile sur l'intestin grêle ; la valvule suffit en général à faire une barrière suffisante.

Mais il serait au contraire certain, fatal même, si, au lieu de faire l'abouchement dans le gros intestin, on faisait l'anastomose

(1) Bier. *Münch. med. Woch.*, 1895, n° 51, p. 1197.

(2) Terrier et Gosset. De l'exclusion de l'intestin, *Rev. de chir.*, 1901, t. XXII, p. 129.

(3) Kammerer. *New-York med. Rec.*, 20 fév. 1897, t. I, p. 253.

(4) Jaboulay et Bérard. *La Province médicale*, 1900, p. 223.

(5) Delore et Patel. De l'exclusion unilatérale dans les fistules rebelles de l'intestin, *Rev. de chir.*, 1901 ; t. XXIII, p. 313.

sur l'intestin grêle : là, les contractions intenses ne manqueraient pas de rejeter dans la fistule les matières venant de l'anastomose. Aussi M. Vanverts a-t-il eu bien des fois raison de choisir comme anser d'accès le gros intestin au lieu de l'intestin grêle.

La fistule a persisté, mais c'est qu'elle peut être entretenue, en dehors de l'apport des matières, par les sécrétions propres de l'intestin. Sur le côlon, ces sécrétions sont nulles, nous le savons, et nous sommes presque autorisés à n'en pas tenir compte. Mais il n'en est pas de même pour l'intestin grêle, et à ce niveau les contractions antipéristaltiques de l'intestin sont capables de reporter jusqu'à la fistule les sécrétions qui se forment plus bas; c'est ce qui se produisit ici; les matières furent supprimées, mais la fistule donna encore issue à un écoulement assez abondant de suc intestinal et l'intestin même se hernia à ce niveau.

M. Vanverts s'étonne de ce fait : il se demande pourquoi l'écoulement persista et pourquoi le liquide sécrété par l'intestin sortait par l'orifice intestino-pariétal. Notre confrère rapproche ce fait de ce qu'il était impossible de faire pénétrer aucun liquide dans l'intestin par la fistule, et suppose que les adhérences intestinales avaient déterminé une forte coudure d'une anse et que la lumière de l'intestin s'était trouvée effacée. Le passage des liquides était ainsi devenu impossible à ce niveau. Je ne suis pas tout à fait de son avis : avant l'incision de l'intestin, avant la création accidentelle de l'anus contre nature, aucun symptôme n'avait indiqué un trouble de la fonction intestinale, et je crois bien plus vraisemblable d'invoquer pour la persistance de la fistule l'écoulement à rebours des sécrétions intestinales, brassées par des mouvements en sens divers et reportées en partie à la fistule par un intestin qui dans cette région est doué d'une mobilité et d'un péristaltisme des plus extrêmes.

Cet écoulement ne constitue pas un obstacle, je le pense du moins, à la fermeture de la fistule que M. Vanverts se proposait ultérieurement de réaliser, ce qu'il n'a pu encore mettre à exécution. Mais j'y vois pour ma part la confirmation de ce que j'avançais tout à l'heure.

L'exclusion unilatérale ne fait pas disparaître la fistule ; l'exclusion n'a à ce point de vue aucun avantage sur l'entéroanastomose simple, qui me paraît devoir rester l'opération de choix à faire pour les fistules stercorales qui ne sont pas justiciables de la résection.

2° Quoi qu'il en soit M. Vanverts a préféré l'exclusion unilatérale ; et il a obtenu un plein succès en ce qui concerne le rétablissement du cours des matières et le relèvement de l'état général. Et c'est ici surtout que son opération devient particuliè-

rement intéressante par les dimensions considérables de la portion exclue de l'intestin.

« La portion d'intestin grêle conservée pour la circulation des matières ne comprend, en effet, que le duodénum et 50 ou 60 centimètres du jéjunum, c'est-à-dire une longueur totale de 80 à 90 centimètres. Il faut lui ajouter, il est vrai, la moitié du côlon transverse, le côlon descendant, le côlon iliaque et le rectum; mais on sait que le gros intestin joue un rôle bien secondaire dans l'absorption. Malgré cette exclusion considérable, l'absorption se fait suffisamment : le taux de l'urée contenu dans l'urine est normal et l'état général se relève progressivement malgré l'existence de métrorragies dues au fibrome utérin laissé en place. Les fonctions intestinales ne sont cependant pas absolument normales puisque les selles restent fréquentes, diarrhéiques et fétides six mois après l'opération.

« De cette observation on peut conclure que la vie est possible avec 80 ou 90 centimètres d'intestin grêle. C'est un point qu'il me semble intéressant de signaler, car je ne crois pas qu'on ait jusqu'ici pratiqué une exclusion aussi étendue. Voici, en effet, ce qu'écrivaient récemment Delore et Patel sur ce sujet :

« Pour l'intestin grêle, les physiologistes (Senn, Tzebicky, « *Arch. f. klin. Chir.*, 1895) ont vu que l'on pouvait exclure une « portion d'intestin d'autant plus grande que l'on s'éloignait « davantage de l'estomac, et c'est ainsi qu'ils admettaient que la « moitié de l'intestin grêle suffisait à assurer l'existence.

« Les opérateurs ont confirmé ces données expérimentales. « Depuis longtemps, Kæberlé avait réséqué 2m5 d'intestin, Sheperd « 2m30 (*Brit. med. J.*, 1897), Ruggi 3m30. Carl. Schlatter (*Corr.-Bl.*, « *f. Schweiz. Ærzte*, 1899, p. 147) admettait qu'une résection de « 1m12 (cas de l'auteur) était sans inconvénient, à condition que « l'alimentation fût suffisamment bonne et nourrissante. Kukula « *Arch. f. klin.*, *Chir.*, t. LX, 4) est encore plus large, et, de ses « nombreuses expériences, conclut que l'on peut enlever sans « crainte au moins la moitié de l'intestin grêle ; les accidents « que l'on aurait observés après cette extirpation seraient dus « moins au raccourcissement de l'intestin grêle qu'à l'état inflam- « matoire ou ulcératif de cet organe. Lorsqu'il s'agit du gros « intestin, l'auteur est d'avis qu'il n'y a pas de limites; la sup- « pression de sa plus grande partie est presque sans danger. « Roux (*Cong. intern. de méd.* de 1900, Paris, sect. de chir. gén., « p. 737) disait que la vie était compatible avec 1m50 d'intestin « grêle et la moitié du côlon, le reste étant exclu. »

L'opération de M. Vanverts représente donc à l'heure actuelle l'exclusion la plus étendue qui ait été réalisée : elle est très inté-

ressante à ce point de vue, très instructive aussi puisqu'elle montre les limites extrêmes auxquelles on peut aller, mais qu'on ne saurait dépasser. Je vous propose de remercier M. Vanverts de nous avoir communiqué ce fait si intéressant et j'espère que vous vous souviendrez bientôt de ses titres et de ses travaux lorsqu'il s'agira de choisir un correspondant national.

M. Tuffier. — Je tiens à m'élever contre l'opinion qui voudrait faire de l'exclusion intestinale une méthode de choix dans le traitement des fistules stercorales haut ou bas situées ; c'est à l'entéro-anastomose simple qu'il faut avoir recours en pareil cas : cette méthode nous a donné à tous des succès, j'en ai encore eu deux récemment et, pour ma part, si je me trouvais en présence d'un cas analogue à celui de M. Vanverts, je ferais tout pour pratiquer une entéro-anastomose et non une exclusion.

M. Poirier. — Deux mots seulement sur deux points de l'intéressant rapport de Legueu. A. A la place de M. Vanverts, reconnaissant que l'anus était à moins d'un mètre du pylore, je n'aurais pas osé faire l'exclusion, même unilatérale, de la presque totalité de l'intestin grêle; j'aurais préféré l'entéro-anastomose, si celle-ci était faisable. B. En acceptant les termes de l'observation, voici une femme qui, n'ayant plus que 80 centimètres d'intestin grêle, a engraissé de 10 livres en six mois et chez laquelle le taux de l'urée se maintient à peu près normal. Je suis surpris et je demande, avant d'accepter définitivement cette négation de la physiologie normale, comment l'auteur a fait cette mensuration; y a-t-il eu mensuration ou estimation?

M. Legueu. — Je répondrai à M. Poirier que M. Vanverts a mesuré comme on peut le faire en pareille circonstance la longueur de l'anse au-dessus de la fistule. Cette mensuration ne peut être qu'approximative, mais cependant, à quelques centimètres près, cette appréciation peut être faite d'une façon assez précise : et en bloc, d'après les termes de l'observation de M. Vanverts, la longueur de l'intestin grêle conservée pour la nutrition est inférieure à un mètre.

Dans ces conditions, il est en effet très intéressant de constater que la nutrition est possible avec une longueur aussi restreinte de l'intestin. Et c'est là un résultat très curieux et très instructif.

M. Poirier. — J'aurais préféré des chiffres précis à des termes vagues sur un point important.

Présentations de malades.

Substitution de la clavicule à la moitié supérieure de l'humérus supprimée par résection extra-périostique pour ostéo-sarcome.

M. Delanglade. — Le petit garçon de sept ans que voici a subi le 2 décembre dernier au Dispensaire des Enfants-Malades de Marseille la résection de la moitié supérieure de l'humérus pour ostéo-sarcome. Voici son histoire : Fils d'un père et d'une mère bien portants, frère de quatre enfants dont trois sont en parfaite santé et dont un est mort de diphtérie, il a lui-même de bons antécédents. On n'y relève que la rougeole à six mois et un abcès dentaire à deux ans. Ses parents font remonter son affection actuelle à deux traumatismes. Vers le 29 septembre il serait en courant tombé de sa hauteur sur un cercle de tonneau, l'épaule gauche aurait porté. Le 1er novembre il aurait fait une chute sur le coude. Qnelque temps après la première, les parents ont consulté un médecin parce que l'enfant se plaignait de souffrir. Mais on ne fit alors aucune constatation locale. Après la deuxième on vit une grosseur qui n'avait point été remarquée auparavant. Or, en poussant d'une façon précise l'interrogatoire, on apprend 1° Qu'un mois environ avant le premier accident, l'enfant avait à plusieurs reprises et sans aucun motif apparent accusé dans la partie moyenne de la région externe du bras gauche des douleurs assez minimes, à la vérité, réelles cependant; et ce qui prouve bien qu'il ne s'agit pas d'une suggestion de l'interrogatoire, c'est ce fait rapporté par les parents que l'on appliqua pendant quelques jours une bande de flanelle sur le bras. 2° Que les deux traumatismes ont été anodins et n'ont pas arrêté l'enfant.

A l'examen local, la tuméfaction, du volume d'un œuf de poule environ, à surface assez lisse, à consistance dure, siège sur la région juxta-épiphysaire, également développée aux dépens de toutes les faces de l'os ; elle se termine assez brusquement du côté de la diaphyse et s'arrête à un travers de doigt de l'articulation de l'épaule qui paraît respectée. Tous les mouvements passifs sont en effet conservés et indolents, et le palper ne montre rien de suspect au niveau de l'interligne. Les parties molles, d'aspect absolument normal, semblent n'avoir contracté avec la tumeur aucune adhérence.

Une radiographie a été faite le 10 novembre par le professeur Caillol de Poncy. Elle montre au-dessous de la tête et du cartilage de conjugaison bien normaux une tuméfaction bosselée nettement circonscrite dont les dimensions sont de 63 millimètres

de long sur 35 millimètres de large. Ses contours polycycliques se continuent sans aucune interruption avec ceux de la couche compacte de la diaphyse et de l'épiphyse. Dans l'intérieur elle présente des taches alternativement pâles et foncées qui lui



donnent un aspect un peu marbré. Mon diagnostic fut néoplasme osseux, probablement malin, mais encore circonscrit. Mais comme un collègue expérimenté avait probablement pensé à une lésion traumatique puisqu'il avait ordonné le massage et l'électrisation, je le montrai à plusieurs autres chirurgiens qui émirent, sans la connaître, une opinion semblable à la mienne. Enfin, pour plus de garantie, je priai M. Caillol de Poncy de vouloir bien refaire une radiographie nouvelle. Elle confirma ce que disaient les

parents sur l'augmentation progressive de la tuméfaction (63 millimètres de long sur 43 millimètres de large), soit une augmentation de diamètre de 8 millimètres. Les conditions de technique étaient pourtant les mêmes, ainsi qu'en témoigne l'identité des dimensions des autres segments, diaphyse humérale, clavicule, côtes. Cette épreuve montra de plus que la tumeur avait un peu changé d'aspect. Si elle conservait ses bosselures et sa forme générale, elle était devenue singulièrement plus flou et plus pâle.

En présence de ces faits, une intervention s'imposait. La désarticulation n'eût pas compensé, me sembla-t-il, la mutilation qu'elle eût laissé par une garantie suffisante contre la récidive. La résection, qui présente à bien peu près les mêmes chances d'efficacité, les parties molles du moignon étant conservées dans l'une et l'autre opération, me parut indiquée au contraire par la topographie des lésions ; mais elle devait être extra-périostée et très large, laisser donc un membre ballant et nécessiter le port d'un appareil. Grave inconvénient pour quiconque, mais surtout pour un enfant pauvre. Une tentative de prothèse interne par placement au sein des parties molles d'un humérus en ébonite, comme l'avait fait Péan, ne me sembla point indiquée. La pièce artificielle, pourtant remarquable, ne put, je crois, être tolérée par le malade qui fut l'objet de son intervention, et dut être enlevée. On ne pouvait songer davantage à laisser dans la plaie un fragment d'os privé de ses connexions vasculaires, car il aurait été résorbé ou éliminé. Je pensai alors à une autoplastie osseuse, c'est-à-dire à la greffe d'un os engainé de son périoste et laissé en continuité avec une partie au moins de ses vaisseaux. La clavicule me parut indiquée pour ce rôle; il fut, en effet, très facile de le lui faire remplir.

Opération, le 2 décembre 1902. — Chloroformisateur D[r] Castueil, aide M[lle] Sauerwein; présent, D[r] Métaxas Zani. Incision angulaire parallèle au bord antérieur et aux insertions claviculaires du deltoïde qui sont sectionnées. L'écartement de ce muscle en bas et en dehors découvre largement la jointure. Résection extra-périostée non seulement de l'extrémité supérieure de l'humérus, mais de la moitié supérieure de la diaphyse qui est sciée à deux travers de doigt au-dessous de la tuméfaction. Prolongement de la partie horizontale de l'incision jusqu'aux insertions du sterno-mastoïdien. Désinsertion du grand pectoral, du trapèze, de l'aponévrose au ras du périoste. Section de la clavicule contre le sterno-mastoïdien. Relèvement de cet os entouré de son périoste, détachement du sous-clavier. Section des ligaments conoïde et trapézoïde. L'os peut dès lors basculer et être amené dans la plaie du bras par pivotement autour de l'articulation acromio-clavicu-

laire dont la capsule intacte se continue avec la périoste de la clavicule et de l'omoplate. Ce mouvement est aidé par une inflexion légère qui s'opère dans l'extrémité externe, cartilagineuse encore, de la clavicule. Suture au fil d'argent de l'extrémité interne de la



clavicule devenue inférieure à l'extrémité supérieure du fragment huméral; suture en un seul plan de la peau et des muscles. Drainage. Pansement aseptique. Suites opératoires normales.

Voici la pièce humérale enlevée. Elle mesure 12 centimètres de long. La tumeur examinée sur la coupe frontale de l'os faite après l'opération mesure 55 millimètres de long sur 35 millimètres de large. Elle était constituée par un tissu rouge foncé analogue à de la gelée de groseille, aujourd'hui rétracté par le formol. Elle

s'est entièrement substituée au tissu osseux du bulbe de l'os dont il ne reste pas une travée. En haut, elle s'arrête net au cartilage de conjugaison dont l'aspect est, à tous égards, absolument normal ainsi que celui du noyau épiphysaire et du cartilage articulaire. Latéralement elle avait sur la majorité des points détruit la couche compacte de l'os, mais partout elle était engainée par le périoste, considérablement épaissi et qu'elle semblait n'avoir pas dépassé. En bas, ses limites aussi semblaient nettes. La diaphyse paraissait coupée transversalement et plongée dans la tumeur comme un fragment d'os fracturé dans un cal. L'examen histologique fut fait par M. Pautrier qui a répondu : « ostéosarcome à myéloplaxes et cellules fusiformes ».

Actuellement, six mois juste après l'opération, il ne semble pas y avoir de récidive. On sent à la partie moyenne de la cicatrice horizontale une induration du diamètre d'une pièce de 0 fr. 50 mais qui paraît inflammatoire, car elle correspond à une fistulette très courte qui depuis l'opération occupe avec des alternatives d'apparition et de disparition la place de l'un des drains; elle augmente ou diminue suivant que l'orifice s'obture ou laisse s'écouler quelques gouttelettes de pus; elle ne suit pas la marche progressive et rapide des récidives de sarcome chez l'enfant.

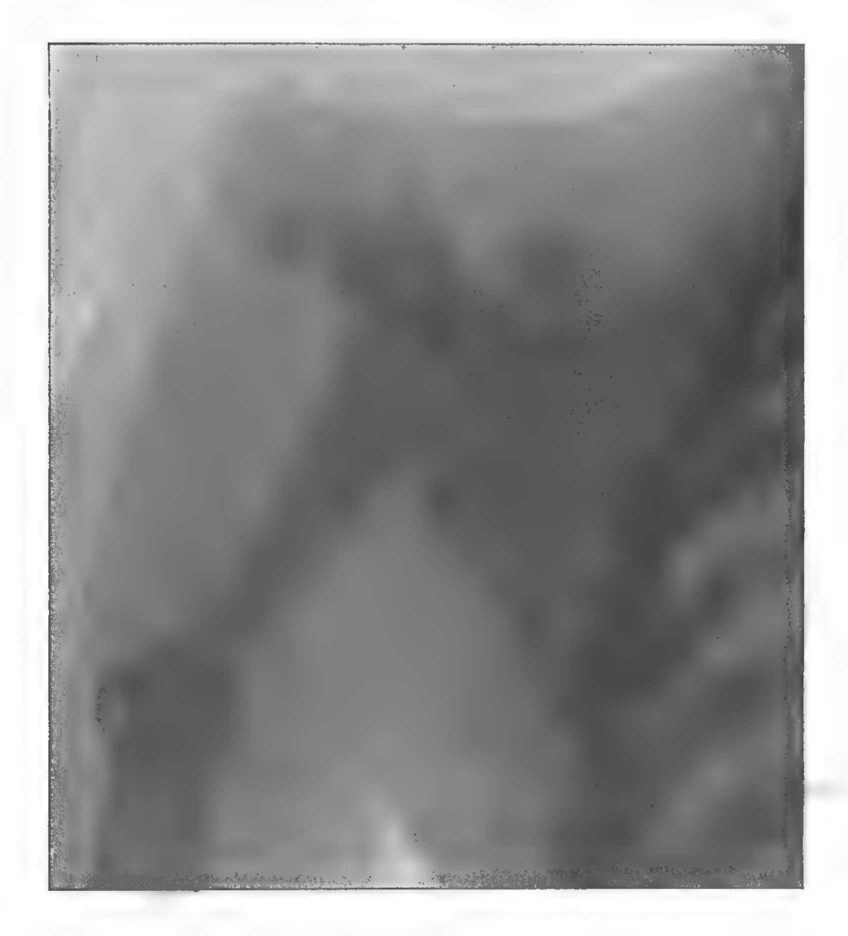
La suppression de la clavicule (os et périoste) n'a pas modifié la hauteur, la direction, la mobilité de l'omoplate correspondante, mais elle l'a légèrement rapprochée de la ligne médiane. De la fourchette sternale à la partie la plus externe de l'acromion 12 centimètres à gauche, 13,5 à droite. Le moignon de l'épaule est considérablement aplati et dépressible au-dessous du relief très sensible de l'acromion. Le bras présente un raccourcissement de 7 cent. 5. (Du sommet de l'acromion à celui de l'épicondyle, 21 cent. 5 à droite, 14 à gauche). La circonférence est légèrement augmentée (17 centimètres à gauche, 18 centimètres à droite). On sent la clavicule logée au sein des parties molles de la région supérieure du bras et l'on reconnaît qu'elle n'est pas soudée par un cal au fragment huméral. Mais la pseudarthrose est assez serrée pour permettre des mouvements actifs. Ceux du coude sont normaux comme amplitude dans tous les sens. Il en est de même, bien entendu, de ceux du poignet et des doigts. Au niveau de l'épaule, l'abduction peut être poussée jusqu'à 30 degrés environ, la rotation externe est presque normale, la propulsion et la rétropulsion sont presque nulles. Avec cela l'enfant peut, vous le voyez, *s'habiller seul et manger seul.*

En aucun point il n'existe de trouble de la sensibilité.

La radiographie (fig. 3) montre que l'humérus et la clavicule

sont sensiblement sur le prolongement l'un de l'autre et que la convexité de ce dernier os paraît être venue s'articuler avec la cavité glénoïde.

Notre petit malade a donc bénéficié beaucoup au point de vue fonctionnel de la substitution de la clavicule à l'humérus réséqué.



Il nous semble que l'on pourrait avoir bien mieux encore. Ainsi en favorisant par les agrafes de Jacoël, par exemple, la soudure osseuse, ainsi surtout en suturant au périoste de la clavicule déplacée des insertions musculaires comme le deltoïdien, le tendon du grand pectoral. Et il ne nous paraît pas impossible qu'avec cette amélioration de technique ou d'autres, la substitution de la clavicule à l'humérus puisse être un heureux complément de la plupart des résections très étendues de l'humérus quelle qu'en soit l'indication.

M. PIERRE DELBET. — Pour discuter ce cas si intéressant, il nous manque un élément important, l'examen histologique. Avant de faire sa communication, M. Delanglade a bien voulu me promettre de m'envoyer des préparations. Peut-être reviendrai-je sur ce sujet après les avoir vues. Je sais déjà qu'elles ont révélé la présence de myéloplaxes et de cellules fusiformes.

Si je prends la parole aujourd'hui, c'est que je suis singulièrement frappé de l'extrême ressemblance qu'offre ce malade avec celui que je vous ai présenté il y a quelques années.

Il s'agissait également d'un enfant. La tumeur avait le même siège. Il y avait aussi des traumatismes dans les antécédents. L'aspect des radiographies était analogue.

Quand je présentai ce malade pour demander l'avis de nos collègues sur le diagnostic, deux opinions diamétralement opposées furent soutenues. M. Poncet affirmait qu'il s'agissait d'un sarcome à myéloplaxe et me conseillait l'évidement, et à l'appui de son dire il citait l'histoire d'un malade qu'il avait opéré d'une tumeur analogue occupant l'extrémité inférieure du radius. Au contraire tous ceux de nos collègues qui s'occupent plus spécialement des maladies de l'enfance, notre président M. Kirmisson, Jalaguier, Brun, Broca, pensaient qu'il s'agissait d'un cal vicieux consécutif à des fractures méconnues. (L'enfant avait été soigné pour des luxations.) A la suite de cette séance, M. Poncet eut l'amabilité de m'envoyer et la radiographie de sa malade et une thèse dont elle avait fait le sujet. En lisant son observation, je fus très frappé de constater que cette malade avait eu très probablement une fracture du radius. Puis Broca nous apporta la radiographie d'une tumeur du même genre siégeant sur le fémur et qui, l'histoire du malade ne laissait pas de doute à ce sujet, était bien due à un cal vicieux.

Cet ensemble de faits m'impressionna, et je m'abstins de toute intervention.

Quelque temps après, je ne me rappelle pas les dates, le petit malade présenta les mêmes accidents qui avaient fait porter trois ou quatre fois le diagnostic de luxation et que je n'avais jamais vus. Cette fois, l'enfant me fut amené et je constatai qu'il avait une fracture au niveau de sa tumeur. Je lui appliquai un bon appareil plâtré, que je laissai assez longtemps en place. La consolidation se fit bien, la tumeur régressa et depuis plusieurs années l'enfant est guéri. Il ne s'agissait donc pas d'un néoplasme.

Je me demande si le cas de M. Delanglade n'est pas analogue, si cette tumeur n'est pas tout simplement un cal malade.

M. Delanglade nous dit que les douleurs avaient précédé le traumatisme. Ces douleurs ont été légères et bien peu tenaces

puisqu'il a suffi pour les juguler d'une bande de flanelle. Nous ne pouvons donc pas y attacher grande importance.

Contre l'hypothèse de fracture, M. Delanglade fait valoir que deux radiographies faites à quinze jours de distance ont montré que la tumeur avait grossi. Je ferai remarquer que de ces deux radiographies, l'une est très claire, l'autre très foncée. Il y a là une petite cause d'erreur. Je passe pour insister surtout sur ce point que la tumeur n'a pas une forme parfaitement régulière et qu'il suffit de faire exécuter à l'humérus de très légers mouvements de rotation pour que le profil de la tumeur se modifie et dans sa forme et dans son volume. Il a donc suffi d'un très léger changement d'attitude pour que les projections radiographiques fussent modifiées de telle sorte que les différences qui existent incontestablement entre les deux épreuves n'impliquent pas forcément une augmentation de volume.

En faveur de la nature néoplasique, M. Delanglade fait encore valoir qu'on a trouvé des myéloplaxes et des cellules fusiformes. Mais il ne suffit pas de trouver quelques myéloplaxes dans une tumeur pour être en droit de la considérer comme un néoplasme. On peut en trouver dans tous les cals.

Si l'on examine la pièce, on y trouve une fracture incontestable. Je sais bien qu'on peut considérer la fracture comme pathologique et engendrée précisément par le néoplasme. Mais je suis frappé de ce fait que le diagnostic de simple fracture avait été posé avant l'intervention par un chirurgien que M. Delanglade nous dit expérimenté.

Et puis l'aspect de cette tumeur est singulier. On ne peut pas dire qu'elle soit circonscrite, on ne peut pas dire non plus qu'elle soit envahissante. Elle n'est à proprement parler ni capsulée ni diffuse et cet état particulier fait penser plutôt à une lésion inflammatoire qu'à un néoplasme.

Enfin, elle n'a pour ainsi dire pas de tissu. Elle est formée de travées d'apparence conjonctive circonscrivant des aréoles vides. Qu'est-ce que cela? un sarcome télangiectasique? Non, puisque la tumeur était peu vasculaire.

M. Delanglade nous dit que fraîche, elle avait l'aspect gelée de groseille. Ce n'est pas là l'apparence des tumeurs à myéloplaxes qui sont violacées, noirâtres.

Pour toutes ces raisons, Messieurs, je me demande, sans vouloir rien affirmer, s'il s'agissait par là d'un cal vicieux, malade, plutôt que d'un néoplasme.

Quand j'aurai étudié les préparations de M. Delanglade, je reviendrai sur cette question s'il y a lieu.

M. Tuffier. — J'ai eu à traiter, il y a six mois, avec le Dr Devillers de Guise, un enfant de six ans qui présentait au niveau du cinquième métatarsien gauche une tumeur qu'au premier abord je fus tenté de diagnostiquer « ostéo-sarcome ». Cet enfant n'accusait dans ses antécédents aucun traumatisme. Cependant, doutant de la nature exacte de cette tumeur, je proposai l'expectation, et ce n'est qu'au bout de six semaines, voyant que la tumeur avait augmenté de volume, que je me décidai à intervenir. Mon plan opératoire était de me contenter d'abord d'une simple section du soi-disant néoplasme, afin de me renseigner exactement sur sa nature : ce faisant, je pus, en effet, me convaincre qu'il s'agissait bien — ce que j'avais soupçonné dès l'abord — d'un cal pathologique développé autour d'un foyer de fracture méconnue. Je réséquai alors ce cal, je rapprochai les fragments, et mon petit malade guérit rapidement et parfaitement. Depuis, il n'a jamais présenté le moindre signe de récidive.

M. Delanglade. — Ces faits, très intéressants, me paraissent différer absolument du mien. M. Tuffier a trouvé au milieu d'un cal les deux fragments du métatarsien fracturé. Sur la pièce que je vous présente, on peut bien considérer comme un fragment d'os fracturé l'extrémité de la diaphyse devenue libre au point où s'est arrêtée la tumeur. Mais l'autre ou les autres fragments, que sont-ils devenus? Il n'y a plus, entre la diaphyse et le cartilage de conjugaison, qu'une tumeur en partie rétractée comprise dans une coque presque uniquement fibreuse comme aspect.

L'observation de M. Delbet aurait plus d'analogie avec la mienne à certains égards, mais M. Broca, à qui j'en parlais incidemment au début de la séance, m'a dit que la radiographie différait beaucoup de celles que je lui montrais.

Dans mon observation il y a eu, j'insiste sur ces points, un mois au moins avant la première chute, tout près du point où devait se montrer la tuméfaction, des douleurs dont la cause échappait. Si la lésion ultérieure dépend du trauma, la coïncidence est singulière. Ni l'un ni l'autre des accidents n'a provoqué de douleur ou d'impotence condamnant immédiatement l'enfant au repos, fût-ce pour un jour. Ni l'un ni l'autre n'a provoqué de signe physique. L'on connaît le gonflement et les ecchymoses des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. Ces signes auraient-ils pu échapper dans ce cas où tout le bulbe aurait été broyé?

La radiographie, au reste, n'en montre aucune trace. Admettons même qu'il y ait eu fracture lors du premier traumatisme, c'est-à-dire quarante jours avant la radiographie du 10 novembre. On y verrait encore (il ne peut y avoir à cette date qu'un cal carti-

lagineux) les fragments, soit isolés par un ou plusieurs traits, soit engrenés, et non cette masse tuméfiée dont les contours se continuent sans interruption avec les limites de l'os. Bien plus, la vue des deux épreuves montre un gonflement de 8 millimètres. M. Delbet insiste sur les différences qui peuvent tenir à une orientation différente. C'est vrai en général, mais dans le cas particulier : 1° sans être géométriquement régulière, la tumeur enlevée présente, sur un même plan horizontal, des diamètres sensiblement égaux (mensuration au compas d'épaisseur); 2° sur la pièce enlevée, la partie centrale de la tumeur mesure, abstraction faite de la coque, 35 millimètres, et, avec la coque, 42 millimètres, plus par conséquent que ne montre la première radiographie, qui est pourtant grossissante; 3° on trouve grossies, mais reconnaissables, les mêmes bosselures sur la deuxième épreuve que sur la première, ce qui indiquerait que l'orientation de l'os fut bien la même.

Au surplus, s'il y avait eu un trauma de cette nature, n'en aurais-je pas trouvé quelque trace au cours de l'opération, reste d'exsudat, pigmentation sanguine incomplètement résorbée, etc.? Il n'y a rien eu de semblable.

Enfin, anatomiquement, l'aspect était celui d'un néoplasme, non seulement comme lésions destructives, consistance, couleur, etc., mais encore et surtout comme topographie, avec siège dans le bulbe de l'os et limitation caractéristique au cartilage de conjugaison demeuré intact.

Concordant avec tout ceci, l'examen histologique donna une réponse formelle et sans restriction. Voici la note que m'a remise M. Pautrier :

« Les coupes examinées présentent deux zones assez différentes d'aspect : l'une qui, au premier abord, frappe par sa richesse en travées de tissu osseux, et l'autre qui forme un tissu sans organisation apparente; si l'on se reporte à la pièce présentée et à la façon dont a été prélevé le fragment soumis à l'examen, on reconnaît que la partie qui présente des travées osseuses correspond à la périphérie et que le tissu non organisé néoplasique correspond à la partie centrale. Ce tissu néoplasique est constitué par du tissu conjonctif particulièrement riche en petites cellules fusiformes assez étroitement tassées. On y observe en outre d'assez nombreuses cellules extrêmement volumineuses, et contenant 7, 8, 10 noyaux; le diagnostic histologique est donc celui de *sarcome à myéloplaxes*. Sur les parties latérales de la coupe on retrouve encore des fragments de tissu osseux, jusqu'au contact desquels s'étend le tissu néoplasique. On ne trouve aucune zone inflammatoire entre le tissu osseux et le tissu de la tumeur. »

Je soumets à mon maître, Delbet, non seulement ces conclusions, mais les préparations qui ont servi à les formuler. J'espère qu'elles dissiperont le doute qu'il vient de nous exprimer et je le désire d'autant plus que je tiens plus à son jugement.

Appareil de marche pour des fractures de cuisse.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade qui est en traitement dans mon service pour une fracture de cuisse. La fracture n'a présenté absolument rien de particulier. Ce n'est point pour la lésion que je présente le malade, c'est pour l'appareil. Vous voyez que sa fracture est contenue par un appareil plâtré qui lui permet de marcher. A Bicêtre, il descend les escaliers sans aide et se promène toute la journée dans les jardins.

Je dis que la fracture est maintenue, et, ce qui me permet de l'affirmer, c'est que j'ai déjà employé cet appareil sur plusieurs malades qui ont régulièrement consolidé leur fémur. Je pourrais peut-être ajouter qu'elle est réduite. M. Infroit, l'habile radiographe, a déclaré que les deux fragments étaient exactement bout à bout. Mais je dois dire qu'en raison de l'épaisseur du plâtre, le cliché qu'il m'a envoyé n'est pas assez net pour que je puisse y distinguer quelque chose.

Je ne veux pas à propos de ce malade, à cette heure avancée, m'étendre sur les avantages de cet appareil ni sur la manière de l'appliquer. Je me borne aujourd'hui à vous le montrer, me réservant de vous en parler un peu plus longuement dans une communication prochaine.

Le Secrétaire annuel,

Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 10 JUIN 1903



Présidence de M. Kirmisson.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Brun qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Président annonce à la Société que M. Howard A. Kelly (de Baltimore) assiste à la séance.

A propos de la correspondance.

M. Ch. Monod dépose sur le bureau un travail de M. Vanverts (de Lille), intitulé : « *Des voies d'accès sur la rate. Utilité de la résection extra-pleurale du rebord costal, pour faciliter la découverte de cet organe.* »

Le travail de M. Vanverts est renvoyé à une commission dont M. Ch. Monod est nommé rapporteur.

Communication.

Les débuts de l'histoire de l'appendicite en France,

par HOWARD A. KELLY, professeur au John Hopkins Hospital
à Baltimore (U. S. A.).

A la France appartient l'honneur d'avoir publié le premier cas d'appendicite constaté. Il fut rapporté par Mestivier en l'année 1759 dans le *Journal de Médecine, Chirurgie et Pharmacie*, comme il suit. « Un homme, âgé d'environ quarante-cinq ans, se présenta à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, pour se faire traiter d'une tumeur située près de la région ombilicale du côté droit. Le chirurgien aperçut une fluctuation considérable, et il fit une incision; il en sortit environ la valeur d'une pinte de pus d'assez mauvaise qualité. L'ulcère qui résulta de l'ouverture ne fut pas longtemps à déterger, mais lorsqu'il avait lieu d'espérer une cure prochaine, le malade mourut. A l'autopsie le cæcum ne présentait rien d'extraordinaire; il était parsemé d'escarres gangreneuses. Il n'en était pas de même de l'appendice vermiculaire; à peine l'eut-on ouvert qu'on y trouva une grosse épingle, tout incrustée, et tellement érodée en certains endroits que le moindre effort l'auroit rompue; ce qui venoit non seulement de l'humidité, mais encore de l'âcreté de la matière renfermée dans l'appendice vermiculaire. On concevra facilement d'après ce que je viens de dire (bien que le malade n'ait jamais parlé d'avoir avalé d'épingle) que celle qui fait le sujet de cette observation étoit renfermée depuis longtemps dans l'appendice du cæcum; que c'étoit elle qui irritait les différentes tuniques qui entrent dans sa composition, y avoit déterminé tous les accidents de la maladie et la mort qui l'a suivie. »

Sept ans plus tard, en l'année 1766, un étudiant en médecine, Joubert Lamotte, publie dans ce même journal un mémoire intitulé *Ouverture du cadavre d'une personne morte d'une tympanite.* L'histoire dit que le malade souffrait, depuis quelque temps, avant sa mort, de violentes coliques, provenant, semble-t-il, de l'obstruction des intestins, car il est rapporté que « les purgations ne pouvoient passer, et il rendoit les lavements tels qu'il les recevoit ». L'auteur poursuit : « Les intestins étaient si gonflés que le mésentère, le méso-côlon, dont les glandes étoient toutes obstruées, étoient aussi tendus que la peau d'une caisse. Le volume des gros intestins et des grêles étoit à peu près le même, mais le cæcum étoit si gros qu'il ressemblait exactement à une

grosse vessie remplie d'air. Son appendice vermiforme, de la longueur d'un bon pouce, étoit plus gros que dans l'état naturel. Le fait me parut si extraordinaire que je voulus m'assurer de ce que cet intestin pouvait contenir; je le touchai, et j'y sentis un corps étranger comme pétrifié. Nous ouvrîmes le ventricule, que nous trouvâmes rempli d'air et de matière jaunâtre liquide et extrêmement fétide; le duodénum étoit de même matière. Arrivés au cæcum, nous trouvâmes d'abord des cerises entières; je dis dès cerises et non pas des noyaux, dont la couleur étoit d'un noir foncé. (Observez que j'écris en septembre, et qu'il y a déjà du temps que la saison de ce fruit est passée.) Après avoir sorti quelques matières stercorales, nous tirâmes ce corps dur que j'avois senti au travers des membranes de l'intestin. Il était du volume d'une grosse orange, et il ressemblait assez à ces pommes de terre un peu ramassées, c'est-à-dire beaucoup moins allongées qu'elles n'ont coutume de l'être ; sa pesanteur étoit de quatre onces, sa couleur extrêmement brunâtre, sa substance comme du beurre très fin, bien pressé ; sa couleur interne à peu près celle d'une éponge commune; il paroissoit aussi compact que l'agaric de chêne. » L'auteur ne fait pas d'observation sur les lésions qu'il décrit; son récit représente simplement le premier cas relaté dans la littérature, d'une concrétion fécale dans l'appendice.

Dans le second volume de l'*Encyclopédie méthodique*, publié en l'année 1790, il y a un article sur les tumeurs et sur les tubercules qui contient une mention accidentelle de l'état de l'appendice dans un cas où la mort était le résultat d'une maladie des poumons. « Il y avoit dans l'appendice du cæcum une pierre friable, de la grosseur d'une petite noisette, laquelle, séchée, s'enflamma au contact d'une bougie; un cheveu occupoit le milieu des couches dont cette pierre étoit formée. » Il était aussi noté que le jéjunum et une portion de l'iléum étaient enflammés et noircis par places.

Le cas suivant, qui est le premier du XIXe siècle, appartient à Jadelot et a été publié en 1808. Je n'ai pas pu me procurer le texte original, mais la *Bibliothèque médicale* de 1814 contient un court récit de ce cas, pris, dit-on, dans le travail original. Un jeune garçon, âgé de treize ans, succomba deux jours après son entrée à l'Hôpital des Enfants, des suites d'une maladie traitée comme fièvre adynamique. A l'autopsie, une lésion se présenta à l'extrémité de l'iléum, qui ressemblait exactement à celles que M. Petit, à l'Hôtel-Dieu, avait nouvellement attribuées à la fièvre entéro-mésentérique. Un grand nombre de vers lombricoïdes furent trouvés dans les différentes parties des intestins; il y en avait quatre dans la cavité de l'appendice.

A cette date, c'est-à-dire 1808, l'histoire de l'appendicite, qui datait déjà de plus d'un demi-siècle, se composait uniquement de faits publiés en France. Elle ne se composait, du reste, que des quatre cas que je viens de citer. Dans l'année 1812, un cas d'appendicite fut publié en Angleterre; il fut suivi, l'année suivante, d'un nouveau cas en France. Celui-ci fut publié par Wegeler, qui, Allemand de naissance, fit entièrement son travail en France. Le malade était un jeune homme âgé de dix-huit ans, qui mourut avec tous les symptômes de l'appendicite, comme nous les comprenons à présent, y compris la douleur de la fosse iliaque droite, et le vomissement, d'abord bilieux et ensuite fécaloïde. A l'autopsie, on trouva à la jonction de l'iléum et du côlon une zone enflammée; le cæcum était détruit par une gangrène qui commençait à l'appendice vermiforme. Au milieu de celui-ci on sentait une masse dure, constituée, comme on le vit à la suite d'une dissection (*non sine summâ admiratione*), de plusieurs petites pierres (*lapides*), dont trois étaient de la grosseur d'un pois et dont la quatrième était grosse comme un œuf de colombe. Les autres organes de la cavité abdominale étaient sains. Wegeler dit qu'il ne regarde pas ces pierres comme la cause de la maladie, mais il pense que probablement les lésions inflammatoires, tout en reconnaissant d'autres causes, ont été aggravées par la présence de ces corps étrangers irritants et n'auraient, en l'absence de ces derniers, constitué qu'une maladie insignifiante. Cette opinion est en accord avec l'opinion que nous avons actuellement sur l'action des corps étrangers dans l'étiologie de l'appendicite. Wegeler regardait ces pierres comme les calculs biliaires modifiés par l'action de la sécrétion intestinale, et il croyait cette opinion confirmée par l'analyse chimique à laquelle elles furent soumises. Le résultat de l'analyse était le suivant :

Lapidis granum 1 constabat e

Materia pingui adiposa.	0,6
Phosphat. calcis.	0,8
Materiâ animali.	0,08
et	
Ponderis diminutioerat.	0,2
	1,00

Il est à noter que ce cas est le premier d'une série d'autres observations de calculs biliaires trouvés dans l'appendice depuis cette époque jusqu'à nos jours, sans qu'aucun soit encore probant.

Le mémoire de Wegeler constitue un progrès marqué sur les pu-

blications antérieures; l'auteur y reconnaît que la maladie de l'appendice a été la cause de la mort; bien plus, il essaye de donner une explication de l'action des corps étrangers, sans doute des concrétions fécales, et il cherche à établir leur nature, en étudiant leur composition par des moyens scientifiques.

Le travail de Wegeler semble avoir attiré l'attention en France au moment de sa publication, car il fut l'objet d'une discussion à une conférence de médecins français peu de temps après son apparition et il constitue le sujet d'un article de fond dans la *Bibliothèque médicale* pour 1814, article dans lequel l'éditeur insiste sur l'importance qu'il y avait à prêter une attention plus grande qu'on ne l'avait fait jusqu'alors aux cas analogues à celui qu'il venait de publier.

Pendant les dix ans qui suivirent on ne trouve cependant rien sur ce sujet; mais, en 1824, paraît un mémoire plus important que tout ce qui avait paru jusqu'alors. Il fut publié par Louyer-Villermay dans les *Archives générales de médecine* sous le titre *Observations pour servir à l'histoire des inflammations de l'appendice du cæcum*, et l'auteur le lut devant l'Académie royale de médecine, le vingt-sept avril de la même année.

Le mémoire commence, sans introduction, par l'exposé des deux cas suivants :

Obs. I. — Un homme, âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament sanguin et jouissant habituellement d'une bonne santé, menait une vie sobre et régulière, lorsqu'il fut pris, tout à coup, à cinq heures du matin, d'une douleur vive dans le côté droit de l'abdomen, suivie de vomissements légèrement bilieux : toute cette partie du ventre était extrêmement sensible au toucher. Le testicule du même côté était fortement rétracté. On n'avait remarqué d'autre symptôme précurseur qu'un sentiment de froid sur la face dorsale du pied, qui exista pendant les trois ou quatre jours antérieurs à l'invasion. Les remèdes tels que des cataplasmes et des sangsues appliquées à l'anus et à la fosse iliaque droite furent sans effet, et le malade alla de plus en plus mal jusqu'au quatrième jour où il mourut doucement sans agonie. L'abdomen ouvert, on trouva le testicule placé près de l'anneau inguinal, mais sain. On aperçut en même temps à droite et à la hauteur de la fosse iliaque un épanchement d'environ cinq onces, d'une sérosité noirâtre, et exhalant une odeur de gangrène. Au milieu nageait l'appendice cæcal, d'un tiers plus long et plus volumineux que de coutume, noir, frappé de gangrène, et réduit en putrilage. On pouvait le détacher sans le moindre effort. Les traces d'inflammation gangreneuse s'affaiblissaient à mesure qu'on s'éloignait de cet appendice, et disparaissaient entièrement à l'intérieur du cæcum qui était sain. Les replis péritonéaux autour de cet intestin étaient parsemés çà et là de petites taches gangreneuses, et adhéraient à la fosse iliaque. Un tissu cellulaire, infiltré d'un liquide séro-puru-

lent, entourait le rein droit, exempt d'altération. La membrane muqueuse de l'estomac était rouge et épaissie; célle du tube instestinal, ainsi que celle de tous les autres organes, étaient dans leur état normal.

Obs. II. — Un homme, âgé de trente-sept ans et doué d'une bonne constitution, portait à droite une hernie inguinale qu'il maintenait parfaitement à l'aide d'un bandage. Un jour, une heure après avoir soupé, il ressentit un malaise général, pnis des envies de vomir et des coliques très vives vers l'ombilic : il lui semblait qu'une barre traversait cette région, la comprimant avec force. Des vomissements qu'il provoqua lui firent rendre son souper, ainsi qu'une bile très verte et visqueuse; mais, loin d'en être soulagé, ses douleurs et son anxiété augmentèrent pendant la nuit. Les lavements furent sans résultat. Le lendemain, à six heures du matin, calme momentané, mais faiblesse extrême, face pâle, langue humide, soif intense, pouls petit, serré, fréquent, crampes dans les mollets. La région ombilicale était douloureuse au toucher, les hypocondres légèrement gonflés, et la hernie réduite. Vers deux heures vomissements réitérés de bile verte porracée, déjections alvines analogues, dysurie, gonflement très considérable du ventre, légère douleur dans la région lombaire droite, frissons irréguliers, nuit assez calme. Le matin suivant, vers dix heures, syncopes, et, peu après, la mort. A l'ouverture de l'abdomen, on remarque dans la fosse iliaque droite un corps pyramidal (l'appendice cœcal) long de trois pouces et d'un pouce environ de diamètre à sa base, d'un noir violet dans toute son étendue, se dirigeant vers l'anneau inguinal qui était fort dilaté, mais libre, et où on l'engageait à volonté. La membrane muqueuse de l'appendice, très épaissie, était d'un blanc argentin près du cæcum, noire et désorganisée dans le reste de son étendue ; ses parois avaient trois lignes d'épaisseur. Ouvert sur son bord externe, le cæcum fut trouvé très sain, et même jusqu'à l'abouchement de l'appendice. Les intestins, distendus par des gaz, étaient dans l'état naturel, mais la membrane muqueuse de l'estomac offrait les traces légères d'une phlogose ; les autres organes ne présentaient rien de remarquable. »

Les remarques dont l'auteur fait suivre l'histoire de ses deux cas sont les suivantes :

« Ces deux observations nous semblent appartenir à une même maladie, car la circonstance d'une hernie inguinale, dans l'un des deux cas, n'apporte aucun changement notable dans la nature de l'affection ni même dans sa marche, puisque l'anneau était libre, la hernie bien réduite, et qu'on ne peut supposer aucun étranglement antérieur. Toutefois, il est possible que l'appendice du cæcum ayant fait antérieurement partie de la hernie ait acquis par cela même le volume extraordinaire qu'il présentait : nous disons qu'il est possible, parce que l'examen de l'anneau et du scrotum n'a démontré aucune trace sensible de cette hernie. Ainsi

ces deux observations, bien qu'elles offrent quelques différences dans la forme, nous paraissent au fond identiques. Dans l'un et l'autre cas nous voyons un homme, dans la force de l'âge, doué d'une bonne constitution, frappé inopinément, au milieu d'une santé parfaite, par une inflammation des plus aiguës, et dont la terminaison funeste a été des plus rapides. Chez l'un comme chez l'autre, il n'y a point eu agonie; au contraire, peu d'instants avant la mort, il y a eu une amélioration apparente avec calme trompeur. » (Il est à noter que, comme dans ces deux cas, la mort *sans agonie* ou, comme disaient les écrivains anciens, *placida morte* est fréquemment signalée dans les premières descriptions de l'appendicite.) « Le traitement a été également infructueux. Si l'autopsie cadavérique a présenté quelques différences de forme ou de détails, le fond était le même chez les deux. Le même organe, l'appendice du cæcum, était affecté de la même manière, et ses lésions avaient entraîné la mort avec une rapidité à peu près égale; chez tous deux, la gangrène occupait la totalité de l'appendice, s'étendait, mais accessoirement, et dans des limites très étroites, aux tissus environnants, respectant toute l'étendue du péritoine, la masse intestinale, l'intérieur du cæcum et tous les autres viscères. Il nous paraît bien probable que la phlogose de la membrane muqueuse de l'estomac dépendait de l'irritation sympathique d'où provenaient les vomissements, du moins sur la fin de la maladie. »

Comme conclusion, l'auteur demande : « Mais comment l'inflammation d'un organe d'un aussi petit volume, et surtout d'une importance connue si bornée, a-t-elle pu causer si promptement la mort, et sans péritonite consécutive? C'est ce que nous ne pouvons pas nous expliquer. Nous ignorons également si l'affection de cet appendice sera suivie constamment d'un résultat aussi prompt et aussi fâcheux. »

Le titre seul de ce mémoire fait preuve d'un progrès dans la science, car nous y trouvons, pour la première fois, le fait que l'inflammation de l'appendice vermiforme peut avoir une histoire individuelle. On y trouve la première mention de l'existence d'une classe de maladies dont l'anatomie pathologique est située dans l'appendice. Heureusement, il est spécifié expressément que, dans les deux cas relatés, le cæcum était sain; car seule l'absence totale de lésions dans toutes les parties autres que l'appendice pouvait, à cette époque, convaincre le public médical que l'appendice était le siège primitif, initial de la maladie. Il n'y a pas de doute que c'est à Louyer-Villermay qu'appartient l'honneur d'être le premier à avoir indiqué l'importance de l'inflammation de l'appendice au point de vue systématique, car les rares cas publiés avant les

siens n'étaient que des exemples isolés et rapportés simplement au point de vue objectif.

Trois ans après, en 1827 un mémoire de Melier était publié dans le *Journal général de médecine*. Il est si plein de pénétration et de prescience qu'il mérite de représenter une époque dans l'histoire de son sujet. Il n'y a pas doute qu'il y aurait réussi, si l'auteur avait possédé l'autorité ou la confiance en soi, indispensable pour imposer ses convictions aux autres, et si les conditions extérieures lui avaient permis de donner un libre essor à ses idées.

Melier commence par déclarer que jusqu'au moment où il écrit, on ne connaît pour ainsi dire rien au point de vue anatomo-pathologique sur les maladies de l'appendice vermiforme, car on n'y a jamais fait attention. Cette omission semblait justifiée par le peu d'importance de l'organe même qui est un *vestige simple*; nous ignorons sa fonction et tout prouve qu'il n'agit en aucune façon sur l'économie humaine. Puis, il cite, tout au long, les cas de Louyer-Villermay, disant qu'ils suffisaient à démontrer que, dans certains cas, l'appendice peut devenir le siège de maladies rapidement fatales. Melier ajoute un cas identique, tiré de sa propre pratique, cas dans lequel l'appendice était perforé et contenait une concrétion fécale. Il remarque avec perspicacité que la même chose (la perforation) aurait pu survenir dans les cas de Villermay s'ils avaient fait de plus grands progrès. Puis il discute la question de la perforation dans son propre cas, avec beaucoup d'exactitude. Le malade allait de mieux en mieux depuis quatre jours, et il était près de se lever, quand, après un lavement administré par lui-même, il fut pris d'une douleur excruciante dans le bas-ventre, suivie de tous les symptômes d'une péritonite aiguë. Il mourut dix-huit heures après cette crise. A l'autopsie, l'appendice fut trouvée gangreneux et perforé en plusieurs endroits. Les remarques dont Melier fait suivre son observation sont les suivantes: « J'explique ainsi ces divers accidents et leur succession : à mon avis, des matières fécales se sont accumulées dans l'appendice cæcal; cet appendice, dilaté petit à petit, s'est enflammé par une sorte d'engouement, puis gangrené, et enfin déchiré. Les premiers accidents, c'est-à-dire les coliques, tenaient probablement à la distension et à l'inflammation de l'appendice cæcal. Sa rupture aura donné lieu à l'épanchement, qui lui-même paraît avoir été la cause de la péritonite. Cette rupture a pu être déterminée ou hâtée par l'effort, plus ou moins grand, que fit le malade pour prendre le lavement; c'est du moins à cet instant que les douleurs vives se déclarèrent, et immédiatement après que la péritonite parut débuter. » Melier cite ensuite deux autres cas qui

n'offrent eux-mêmes aucun intérêt spécial, mais les propres remarques dont il les fait suivre sont intéressantes. « Heureusement ces maladies paraissent être assez rares; il est à remarquer toutefois que les cinq observations qui font le sujet de ce mémoire ont été recueillies dans un intervalle assez court, et que deux d'entre elles ont été fournies par le même médecin ; ce qui porterait à croire que si ces affections n'ont été plus souvent observées, c'est qu'on n'a pas prêté assez d'attention à l'appendice cæcal, organe regardé comme peu important, et dont, à l'ouverture des cadavres, on néglige de constater les lésions. Nous ajouterons, à l'égard du diagnostic, que, quand M. Sevestre fut appelé auprès du second malade, dont il a donné l'observation, il put prononcer, nous a-t-il assuré, qu'il s'agissait d'une affection de l'appendice cæcal, tant les symptômes qu'il avait remarqués chez le premier malade l'avaient frappé et lui avaient semblé caractéristiques. »

Melier fait ensuite un pas en avant, et applique les connaissances acquises dans les cas aigus à l'interprétation de manifestations chroniques de la même maladie. Un malade, soumis à ses soins, avait une tumeur dans la fosse iliaque droite, qui céda au traitement, puis reparut trois ans après. Dupuytren, appelé en consultation, trouva de la fluctuation, incisa la tumeur et évacua une quantité considérable de pus fétide. L'incision resta ouverte et le pus continua à s'écouler. Trois nouveaux abcès suivirent de près le premier. Cet état se continua pendant plus d'un an ; à cette époque le malade attrapa un froid violent, une péritonite aiguë se développa et fut suivie de mort... A l'autopsie, un abcès énorme fut découvert au niveau de la tumeur qui communiquait avec l'extérieur par quatre ouvertures. A cet abcès adhéraient une partie du cæcum et l'appendice vermiforme ; ce dernier, ouvert directement dans l'abcès, faisait partie intégrante de sa paroi.

« En comparant cette observation », observe Melier, « aux précédentes, je suis porté à croire qu'ici encore l'appendice cæcal était le siège principal du mal, qu'il y a eu d'abord un amas de matières fécales dans sa cavité, peut-être même un calcul stercoral, et que cet appendice, sourdement enflammé, a contracté une adhérence avec le péritoine; que le tissu cellulaire voisin s'est ensuite engorgé, qu'enfin l'appendice s'est ouvert, et que c'est ainsi qu'un phlegmon s'est formé. »

Melier termine en faisant l'éloge de Louyer-Villermay, le premier médecin qui ait attiré l'attention sur les maladies de l'appendice, et ait montré l'importance pathologique de cet organe. Il ne réclame pas pour lui-même ce qui lui est réellement dû, à savoir qu'il a été le premier à reconnaître et à établir

les rapports qui existent entre les lésions de l'appendice et les suppurations chroniques, aboutissant à la formation de tumeurs dans la fosse iliaque.

Malheureusement, Melier n'avait pas assez de confiance dans sa propre théorie pour la maintenir sans réserve, car, après l'analyse que nous venons de donner, il ajoute avec timidité : « Il serait possible, toutefois, que la tumeur se fût formée la première, et que l'appendice cæcal n'eût été envahi que consécutivement. Ce qui pourrait le faire croire, c'est que l'on n'a jamais remarqué de pus dans les selles, ni de matières fécales dans le produit des plaies. » Malgré cette indécision, l'article de Melier est, sans contredit, la contribution la plus importante qui ait été faite à la littérature de l'appendice, non seulement jusqu'à l'époque de sa publication, mais même pendant un grand nombre des années qui suivirent. Voici les points essentiels de sa contribution : Melier distingua l'inflammation de l'appendice de l'inflammation des autres parties des intestins, avec plus de perfection et d'exactitude qu'aucun autre n'avait fait avant lui. Il fut le premier à former et à poser des conclusions correctes sur la possibilité de pareilles inflammations sous une forme chronique, et — *particulièrement* — il fut le premier, et pendant longtemps il fut le seul, à reconnaître une relation causale entre cette condition chronique et les tumeurs suppurées de la fosse iliaque droite. De plus, il fut le premier à prévoir la possibilité d'interventions chirurgicales pour les maladies de l'appendice, car il dit : « S'il était, en effet, possible d'établir, d'une manière certaine et positive, le diagnostic de ces affections, et qu'elles fussent toujours bien circonscrites, on concevrait la possibilité d'une opération ; on arrivera peut-être un jour à ce résultat. » Et plus loin, il ajoute avec naïveté : « Si on a lu nos observations avec quelque attention, on ne pensera pas que ce soit un sujet indigne de recherches sérieuses. » Sa défiance vis-à-vis de lui-même reparaît ici encore, car il n'exprime cette idée que dans une note au bas d'une page. Apparemment, il avait peur de renfermer une suggestion si frappante dans la matière de son mémoire ; sa timidité à cet égard est beaucoup à regretter, car il reconnut, bien avant d'autres, la possibilité de ces interventions chirurgicales, et n'a pas recueilli le mérite qui lui était dû. Finalement, il n'est pas trop de dire qu'avec la publication de son mémoire, la première phase de l'évolution de nos connaissances sur l'appendice vermiforme est complète.

On pourrait croire que la publication successive de deux mémoires aussi pleins d'originalité que ceux de Louyer-Villermay et de Melier aurait été suivie d'un progrès rapide dans la voie qu'ils avaient indiquée. Au contraire, malgré l'excellence de ces

travaux, la question subit, tout de suite, un développement rétrograde par suite de la fausse direction des efforts. L'abcès dans la fosse iliaque droite commença à attirer beaucoup l'attention, non seulement en France, mais ailleurs. Mais son rapport avec l'inflammation de l'appendice vermiforme, reconnu si clairement par Melier, ne fut point accepté, surtout parce que Dupuytren, le chirurgien le plus distingué de cette époque, ne voulut pas l'admettre. L'histoire de l'appendicite, à cette époque, est un exemple frappant des obstacles que rencontre une idée originale quand elle est en opposition avec la force des autorités établies. Dupuytren s'exprima sur le sujet dans ses « *Leçons chirurgicales*, » comme il suit : « Il y a longtemps, que j'ai fait voir qu'il se développait des tumeurs dans la fosse iliaque droite qui semblaient être en connexion intime avec les parois du cæcum. Ces tumeurs s'accompagnent fréquemment de troubles remarquables dans la fonction du gros intestin ; dans un grand nombre de cas, elle se terminent par résolution ; dans quelques circonstances, par une abondante suppuration; quelquefois, enfin, elles sont le point de départ d'une inflammation qui s'étend à toute la surface du péritoine. Aussi, sous ces différents points de vue, nous paraissent-elles devoir être étudiées avec soin. Une des premières questions que doit naturellement suggérer l'étude de ces tumeurs est celle-ci : Pourquoi se forment-elles presque toujours dans la fosse iliaque *droite*? Pourquoi la fosse gauche en est-elle si rarement le siège? On ne saurait en trouver la raison que dans la forme de l'intestin et des parties qui l'environnent. Plongé dans une masse cellulaire, le cæcum offre, à son point d'union avec l'intestin grêle, un rétrécissement tellement marqué, que, dans ce lieu (valvule iléo-cæcale), on voit fréquemment s'amasser des corps étrangers qui peuvent quelquefois devenir eux-mêmes la cause déterminante de ces abcès. C'est ainsi que s'engagent ou s'amassent au pylore, à l'extrémité inférieure du rectum, des esquilles, des arêtes, des épingles, etc.

« Il n'en est pas de même du côté gauche ; la portion sigmoïde du côlon n'offre dans ses points d'union aucun rétrécissement, et la division des intestins est en ce point purement normale. S'il faut enfin expliquer les différences d'issues qu'affectent ces abcès, selon qu'ils existent du côté droit ou du côté gauche, que l'on se rappelle les dispositions anatomiques des parties, et l'on comprendra qu'à droite, le cæcum, libre en arrière d'enveloppe péritonéale, offre dans ce point moins de résistance à l'effort du pus et que ses parois amincies, usées, ulcérées, doivent céder avec facilité. A gauche, au contraire, hermétiquement enfermé dans le péritoine, garanti par cette membrane et par l'expansion

aponévrotique du muscle iliaque, pour parvenir à l'intestin, le pus aurait à soulever le méso-côlon, à déployer ses feuillets.

Une issue plus facile lui est offerte : il fuse vers l'arcade crurale et l'anneau inguinal; dans ce cas, on éviterait difficilement une méprise si l'on n'avait bien présents les signes distinctifs des hernies ou des abcès par congestion, avec lesquels on pourrait confondre cette maladie. Ajoutons que c'est dans cette partie que les matières alimentaires, prenant le caractère excrémentiel, sont obligées de circuler contre la pesanteur; que c'est, enfin, dans cette portion du canal intestinal qu'on rencontre fréquemment des altérations phlegmasiques dans un grand nombre de maladies. Or, sont-elles pas capables de favoriser la production de ces engorgements à l'extérieur de l'intestin, et de nous expliquer leur fréquence dans la fosse illiaque droite? »

En parlant des différents modes de terminaison de ces tumeurs iliaques, Dupuytren dit qu'elles finissent généralement par l'évacuation de pus par les intestins, la vessie, ou le vagin. Quelquefois ils s'ouvent à l'extérieur. Parlant de cette dernière classe de cas, il cite l'exemple dont Melier s'est servi à l'appui de sa conviction que ces tumeurs iliaques peuvent être le point de départ de suppuration chronique. Cependant Dupuytren, loin d'arriver aux mêmes conclusions, émet l'idée qu'une ouverture à l'extérieur est beaucoup à regretter, car l'évacuation de pus dans ces circonstance sera nécessairement lente et incomplète.

De plus, l'ouverture à l'extérieur permet l'entrée de l'air, et en conséquence la décomposition de la matière purulente. « Aussi », dit-il, « je conseille, dans ce cas, de faire coucher les malades sur le ventre de façon que l'ouverture de l'abcès en devienne le point le plus déclive »! Incidemment, Dupuytren dit que les malades de l'appendice cæcal (dont il a vu un assez grand nombre d'exemples) ont à peine fixé l'attention des auteurs, et qu'un de ses propres élèves, M. Melier, a publié un excellent mémoire sur les lésions de cet organe. Mais cette observation est dictée, manifestement, par la politesse professionnelle, car il ne fait plus mention de Melier ou de ses opinions. On s'étonne qu'un auteur si distingué n'ait pas publié « le grand nombre de cas » qu'il a observés, s'il a compris (comme il le dit) qu'il y avait intérêt à compléter nos connaissances sur ces lésions. S'il avait étudié ces cas, sa finesse d'esprit l'aurait certainement amené à reconnaître la cause exacte de ces tumeurs phlegmoneuses.

Il est intéressant de se demander ce qu'aurait été l'histoire de l'appendicite s'il avait donné le poids de son autorité aux opinions émises par Melier. Il était sur le seuil d'une grande découverte, mais malheureusement pour lui ne s'en est point douté.



C'est avec regret que l'on voit un homme, dont le nom est associé si intimement aux progrès de la chirurgie en général, n'apporter aucune contribution au traitement de cette maladie dont la guérison est un des succès les plus éclatants de la chirurgie moderne. On voit clairement l'influence de Dupuytren quand on lit les périodiques français pendant les années qui suivent immédiatement le mémoire de Melier. Deux des élèves de Dupuytren, Husson et Dance publièrent en 1827 un article dans lequel ils développent les idées de leur maître très complètement, et (comme ils ont le soin de le dire) avec l'approbation de Dupuytren lui-même. En 1828, deux mémoires de Menière paraissent successivement dans les *Archives générales de médecine*, sur *Les tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque*; les opinions de Dupuytren y sont encore longuement exposées. Le cas de la suppuration chronique, au sujet duquel Melier et Dupuytren avaient différé d'opinion, y est apprécié dans ces mots : « Nous ne chercherons point à discuster les différents points de l'histoire de cette maladie; son diagnostic a été établi d'une manière incontestable par M. Dupuytren. M. Melier, qui a surtout considéré dans ce fait l'altération profonde de l'appendice vermiculaire, a cherché à prouver que c'était cet organe qui était le point de départ de tous les accidents. Il avoue cependant qu'il y a des raisons pour soutenir l'opinion première. La principale est que l'on n'a jamais rencontré de pus dans les selles, ni de matières fécales dans le produit des plaies. » Plus tard, il ajoute : « La ponction pratiquée par M. Dupuytren donne issue à du pus qui était roussâtre, peu lié et d'une odeur fétide. Ces circonstances sont entièrement différentes de celles que nous avons notées dans tous les cas qui précèdent, et nous serions tenté de l'attribuer à la lésion de l'appendice vermiculaire, si l'on avait eu soin de constater que cette fétidité ne rappelait en rien l'odeur des matières fécales. Il faut donc n'y voir qu'un accident local. »

Au milieu de ce manque d'appréciation, nous sommes heureux de trouver une voix qui s'élève pour défendre les opinions de Melier, quand bien même elle aurait été stimulée par un intérêt personnel. La *Gazette médicale* du 27 décembre 1837 publie la relation d'un cas de la clinique de M. Chomel avec le titre *Péritonite intense, mort, perforation de la valvule iléo-cæcale.* Le voici : Un jeune homme âgé de neuf ans, et doué d'une forte constitution, fut pris, il y a quelques jours, de douleurs abdominales très intenses qui le forcèrent à réclamer des soins à l'Hôtel-Dieu. Examiné le lendemain de son admission, voici les symptômes qu'il offrait : nausées fatigantes ; vomissements abondants; tension abdominale très forte; douleurs vives dans le ventre; abattement extrême des forces. Le lendemain, le

malade reste continuellement couché sur le côté droit. Si on percute le ventre, il rend un son mat, surtout dans la fosse iliaque droite, où l'on peut percevoir la sonorité; les douleurs abdominales sont très vives. Les symptômes s'aggravent et le malade meurt. A l'ouverture du ventre, on voit une quantité considérable d'un liquide blanchâtre épanché dans la cavité abdominale, et des fausses membranes facile à détacher recouvrent les anses intestinales et le foie. La valvule iléo-cæcale, d'une couleur grisâtre, est le siège d'une perforation à sa base, résultant de la chute d'une escarre; en insufflant de l'air dans l'appendice, il s'échappe avec bruit par cette perforation. Plusieurs points de la surface externe de la valvule sont frappés par de mortification; elle renferme dans sa cavité une concrétion piriforme, formée des matières stercorales et du mucus desséché. L'auteur, M. Boyer, remarque en passant, que l'origine du mal sans doute fut la perforation de la valvule iléo-cæcale, et il demande : « Quels symptômes pendant la vie pouvaient faire soupçonner l'existence d'une semblable altération? Plus nous avançons dans l'étude de la médecine et plus nous sommes effrayés des difficultés qui accompagnent la science du diagnostic ».

Ce cas n'a pas d'intérêt en lui-même; il méritait une mention, parce qu'il provoqua immédiatement une lettre de Louyer-Villermay à l'éditeur du journal. J'en donne un résumé.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez inséré dans votre numéro du 27 décembre dernier une observation recueillie dans le service de mon honorable ami M. le Professeur Chomel.

Cette observation intitulée : Péritonite intense — mort — perforation de la valvule iléo-cæcale, serait, ce me semble, plus exactement désignée sous ce titre « Inflammation gangréneuse de l'appendice iléo-cæcal, avec perforation, épanchement et péritonite consécutive. »

Permettez-moi de rappeler à ce sujet que j'ai lu à l'Académie royale de médecine (en 1824) deux observations très analogues; elles furent consignées dans les Archives générales de Médecine et fournirent peu de temps après au docteur Melier l'occasion d'écrire un mémoire fort court, mais qui contient des réflexions judicieuses. Dans ce travail, notre confrère a relaté six observations gangréneuses de l'appendice ileo-cæcal. Les deux premières m'appartiennent, et les autres aux docteurs Melier, Sevestre et Jacquemin fils.

On nous pardonnera, nous l'espérons, de citer ici les propres paroles de notre confrère M. le docteur Melier. « Nous devons dire en terminant, que M. Louyer-Villermay est le premier qui ait appelé l'attention des médecins sur les maladies de l'appendice ileo-cecal, et fait pressentir l'importance, en pathologie, d'un organe auquel jusqu'alors on n'en attribuait aucune. »

Rapprochée des différents faits, l'observation du service de M. Chomel, nous semble leur donner une plus grande valeur, et en emprunter elle-même un plus haut degré d'intérêt.

Il résulte de nos recherches que l'inflammation gangréneuse de l'appendice iléo-cæcal n'est pas une maladie fort rare, puisqu'à Paris et seulement dans l'espace de dix ans, on en a observé sept exemples et et qu'on ait pu constater à cette phlegmasie les caractères suivants : douleur circonscrite dans la fosse iliaque droite, nausées, vomissements; bientôt, douleur abdominale plus étendue; presque toujours marche rapide; constamment, et en quelque sorte inévitablement, termination funeste.

Ces phénomènes sont tellement tranchés que, dans la consultation, le docteur Sévestre, qui voyait cette maladie pour la seconde fois, n'hésita pas, en présence de M. Alibert, à annoncer une inflammation de l'appendice iléo-cæcale et à pronostiquer un dénouement prompt et fatal, dont la cause fut peu de jours après mise en évidence par l'examen du cadavre. Enfin, nous ajouterons que cette phlegmasie nous paraît devoir désormais trouver place dans tout cadre nosologique ou nosographique.

Paris, 25 janvier 1835.

LOUYER-VILLERMAY.

Membre de l'Académie royale de médecine.

Deux ans plus tard, un mémoire de Pétrequin parut dans la *Gazette médicale.* Le nom de Pétrequin a toujours été associé avec l'introduction de l'opium à larges doses pour la perforation de l'appendice. Ce mode de traitement a été préconisé dans les cas de perforation des intestins en général, plus de dix ans auparavant, par deux Anglais, Graves et Stockes. Pétrequin commence par citer l'ouvrage de ces derniers, en disant qu'il croit que la question de l'opium est si importante qu'elle mérite d'être discutée sous tous les rapports; puis, il propose de s'occuper de ses résultats dans la perforation spontanée de l'appendice vermiforme. Il détaille un seul cas : Une femme âgée de trente-denx ans fut prise d'une douleur dans la fosse iliaque droite ainsi que de tous les symptômes de l'appendicite. Elle paraissait se remettre sous le traitement des sangsues, de l'huile de ricin, etc., jusqu'au dix-huitième jour, quand elle fut reprise par la douleur dans le bas-ventre, accompagnée de symptômes d'affaissement. Cela survint immédiatement après un effort qu'elle fit à la défécation. On commença le traitement par l'opium le lendemain. Douze grains d'opium furent administrés le premier jour, quinze grains le second, vingt-quatre le troisième, et trente le quatrième jour. Le cinquième jour, la dose de l'opium fut réduite à vingt-cinq grains, le sixième jour à vingt, le septième jour à quinze, le huitième jour à huit, et le neuvième jour on cessa l'opium tout à fait. Quarante-

neuf grains furent administrés pendant huit jours. Le soulagement fut obtenu dès le second jour, après l'administration de vingt-sept grains de l'opium.

Les symptômes de la maladie s'améliorèrent, et la malade dormit tranquillement la plus grande partie du temps. Une tumeur circonscrite apparut le treizième jour après les symptômes de la perforation. Cependant la malade continua à se remettre, et, le vingt-deuxième jour après les symptômes de perforation, elle insista pour quitter l'hôpital. L'abcès était apparemment sur le point de s'ouvrir. Les observations de Pétrequin sur ce cas sont les suivantes : « Ce qui constitue le principal danger des perforations, c'est le passage dans la cavité péritonéale des matières irritantes qui sont alors le plus grand obstacle à la guérison. L'indication est donc de prévenir l'épanchement, ou de l'arrêter de suite. Quels moyens choisir? A cause de la rapidité avec laquelle disparaissent les forces vitales, on remarque avec raison que les saignées répétées peuvent hâter la terminaison funeste. Les purgatifs augmentent l'action péristaltique et favorisent l'épanchement de nouvelles matières. Il faut gagner du temps pour laisser à la lymphe épanchée le temps de s'organiser autour de la perforation, et, pour cela, il est nécessaire de diminuer le mouvement intestinal. L'emploi de l'opium conduit à ce double but ». L'opium doit être donné le plus tôt possible après l'accident à la dose de dix à douze pilules à prendre une à une, d'heure en heure, de manière à produire l'insensibilité. On se gardera d'administrer par la bouche aucun cathartique.

Une série d'articles écrits par Grisolle en 1839 ont toujours été considérés comme importants dans l'histoire de l'appendice. Cependant, en lisant avec soin ces mémoires, nous avons été surpris de l'importance qu'on leur a accordée. Ils ne sont pas, et ils n'auraient pu être utiles à l'étude des maladies de l'appendice. Déjà en 1856 le docteur George Lewis, un des premiers écrivains américains qui aient écrit sur l'appendicite, et qui a contribué par un mémoire éclatant à son histoire, estima l'ouvrage de Grisolle à sa vraie valeur. Je ne puis le caractériser plus à propos qu'en citant les mots du Dr Lewis. Dans une réunion de plus de 70 cas, Grisolle a compris ceux qui sont à droite et ceux qui sont à gauche dans la fosse iliaque ; les uns sous la dépendance de l'état puerpéral, les autres résultant de maladies de l'appendice ou d'un organe voisin. Les considérations générales qu'il tire de faits si divers dans leur histoire et leur origine, au lieu d'éclairer la question, augmentent l'embarras et laissent le praticien dans le doute sur tous les points. »

Un mémoire de Malespine en 1841 *Des lésions de l'appendice*

vermiculaire et des accidents auxquels elles donnent lieu, mérite une mention, parce que son but est d'accentuer le point démontré par Louyer-Villermay dans la lettre que nous venons de citer. C'est que les lésions de l'appendice sont plus générales qu'on ne le suppose ordinairement. Malheureusement, car l'auteur insiste sur ce que la perforation de l'appendice et la perforation du côlon sont intimement associées, et qu'en pratique on ne peut les distinguer. De plus, il maintient qu'il est impossible de différencier l'abcès consécutif à la perforation d'un de ces organes de l'abcès consécutif à la perforation de l'autre. Cependant, il exprime l'espoir que dans l'avenir on trouvera un moyen de différenciation. « Peut-être, en notant avec beaucoup d'exactitude tous les symptômes, leur marche et leur intensité, parviendra-t-on à trouver quelque indice dans la plus ou moins grande violence des accidents. C'est un point qu'on ne saurait trop recommander à l'attention des observateurs. »

Pendant les vingt années qui suivirent, la « théorie de Dupuytren sur l'origine cæcale des tumeurs de la fosse iliaque droite resta prédominante et arrêta tout progrès au point de vue de l'appendice vermiforme. Cependant le nombre de cas d'appendicites augmentait chaque année. Les médecins, en France, comme dans les autres pays, constatèrent que cette maladie était fréquente. Ce point complètement établi, la relation des lésions de l'appendice avec les tumeurs iliaques commença à être comprise plus nettement. La théorie cæcale, en conséquence, perdit de plus en plus du terrain, elle fut peu à peu délaissée, sans être formellement abandonnée. Il est intéressant de noter que le rapport exact entre les lésions de l'appendice et les maladies abdominales fut établi presque simultanément en France et aux États-Unis d'Amérique. Le mémoire admirable du Dr George Lewis, que je viens de citer, qui est la première étude systématique de l'appendicite en Amérique, fut publié en 1858; et un mémoire quelque peu semblable de Leudet apparut en France en 1859 ».

Ce mémoire de Leudet est intitulé *Recherches sur l'ulcération et la perforation de l'appendice iléo-cæcal*. Il commence par ces lignes : « L'appendice iléo-cæcal est, en effet, une cause assez fréquente de ces inflammations localisées : organe sans importance physiogique connue, il a dû à cette circonstance d'être le plus souvent oublié dans l'analyse nécroscopique des lésions, ou bien l'on s'est généralement borné à décrire les cas graves, ceux dans lesquels la lésion de l'appendice avait été la cause de la mort. Depuis près de trois ans, je n'ai omis aucune occasion d'examiner, dans toutes les autopsies des malades morts dans mon service, l'état de l'appendice iléo-cæcal; j'ai pu ainsi, dans ma seule division, recueillir

13 cas de perforation de l'appendice iléo-cæcal et 17 d'ulcération simple. » Ces observations l'amènent, dit-il, aux conclusions suivantes : « La perforation de l'appendice est, de toutes les solutions d'une partie isolées de l'intestin, celle qu'on observe peut-être le plus fréquemment ; ainsi dans un espace de quelques années nous en avons rencontré 13 cas ; dans le même laps de temps, nous n'avons recueilli que 11 cas de perforation de l'intestin grêle et du gros intestin, chiffre à peu près égal. » Leudet expose ensuite l'étiologie de ces perforations, selon ses idées. Il considère la tuberculose comme la cause la plus fréquente, l'ayant constatée dans 6 cas sur 13. Il discute aussi l'anatomie pathologique de ces lésions, mais ici nous sommes surpris de l'entendre dire qu'il n'a jamais vu de perforation à la base de l'appendice, et qu'il est porté à croire qu'elles n'occupent que rarement cette situation, si tant est qu'elles puissent l'occuper. Il ne laisse que peu de place à la perforation de l'appendice dans les fièvres éruptives puisqu'il donne un certain nombre de cas d'appendicite qui démontrent la relation existant entre la perforation de l'appendice et l'abcès de la fosse iliaque droite; étudiant ainsi les progrès et les complications de l'appendicite tels que nous les connaissons aujourd'hui avec une grande exactitude. Il termine par cette phrase : « La perforation de l'appendice iléo-cæcal est à elle seule plus connue que tout autre perforation d'une partie quelconque de l'intestin, elle égale au moins en fréquence toutes les perforations du tube intestinal prises collectivement. » En 1824, Louyer-Villermay avait fini son mémoire sur le même sujet par cette question : « Mais comment l'inflammation d'un organe d'aussi petit volume, et surtout d'une importance si bornée, a-t-elle pu causer des résultats si promptement et aussi si fâcheux ! » Quand nous comparons ces deux observations, nous nous rendons compte du progrès de nos connaissances des maladies de l'appendice durant les trente années qui séparent ces deux observateurs. La première période de l'histoire de l'appendicite se termine avec la publication des mémoires de Louyer-Villermay, et de Melier en particulier, qui prouvèrent que la lésion primitive de l'appendice avait une individualité à elle. La seconde période finit avec la publication du mémoire de Leudet, qui démontra que la perforation de l'appendice était beaucoup plus fréquente que toutes les autres perforations des intestins. On peut dire que la première période de l'histoire de l'appendicite finit avec ce mémoire de Leudet.

Avant de terminer, permettez-moi, Messieurs, de vous exprimer, au nom des États-Unis, ainsi que des autres pays, toute la reconnaissance due à la France pour le développement de nos connais-

sances sur l'appendicite. Les premières publications sur cette question appartiennent, comme nous l'avons dit, à la France; elle a le droit de considérer son histoire comme lui appartenant en propre pendant le premier demi-siècle de son existence. A la France appartient l'honneur d'avoir été la première à reconnaître la maladie essentielle de l'appendice comme une individualité : nous lui devons aussi les premières suggestions de traitement opératoire pour de telles maladies.

Je suis heureux d'exposer devant un auditoire français les services distingués rendus ainsi par leur patrie, et je regrette de ne pouvoir insister plus longuement sur les précieuses contributions que la France a apportées à l'histoire ultérieure de l'appendicite, aussi bien que sur la part qu'elle a prise dans le développement de sa chirurgie. Malheureusement, le temps me manque, et je ne puis excéder les limites de mon sujet; pour conclure, je tiens cependant à profiter de cette occasion pour exprimer ma conviction que le monde entier, à l'avenir comme par le passé, continuera à regarder la France comme un modèle à suivre, tant au point de vue des recherches scientifiques qu'à celui de l'exposé raisonné des questions.

M. LE PRÉSIDENT. — Je suis certain d'être l'interprète de tous les membres de la Société de chirurgie, en adressant tous nos remercîments à M. Kelly pour son intéressante communication, et surtout pour la délicate attention qu'il a eue en nous apportant ce mémoire dans lequel il a mis en relief la part considérable qui revient à la science française dans l'étude de l'appendicite.

A l'occasion du procès-verbal.

M. PIERRE DELBET. — Messieurs, vous vous rappelez que, dans la dernière séance, M. Delanglade nous a présenté une tumeur de l'extrémité supérieure de l'humérus pour laquelle il avait exécuté une résection étendue de cet os. Il avait fait cette résection parce qu'il considérait la tumeur comme un sarcome.

Après avoir écouté l'histoire pathologique de la malade, après avoir examiné la pièce macroscopique que M. Delanglade avait seule apportée, j'ai élevé des doutes sur l'exactitude du diagnostic; je me suis demandé, rapprochant le cas d'un autre que je vous ai présenté ici, si cette tumeur n'était pas seulement un cal vicieux, malade. Tuffier a fait des réserves analogues.

M. Delanglade a bien voulu m'envoyer les préparations microscopiques qui ont été faites par M. Pautrier.

J'ai examiné ces préparations moi-même, mais je suis resté dans le doute sur l'interprétation qu'il convenait de leur donner. Comme la question me paraissait avoir une réelle importance, j'ai demandé l'avis de M. Cornil.

Il s'est trouvé que ces pièces intéressaient tout particulièrement M. Cornil, qui étudie en ce moment la consolidation des fractures. Il a été très affirmatif. Voici la réponse qui a été écrite non pas de sa main, mais sous sa dictée :

« *La tumeur en question est un cal et non pas un sarcome.* Cela pour trois raisons :

« 1° Les travées osseuses qu'on trouve dans la tumeur sont des travées en voie de développement; elles sont entourées par des ostéoblastes bien vivants, qui sont en train de former de l'os. On ne rencontre pas de formations semblables dans les sarcomes.

« 2° Le tissu médullaire qui sépare les travées osseuses est un tissu fibreux adulte.

« 3° Les myéloplaxes, qu'on rencontre en grand nombre dans la tumeur, se rencontrent en aussi grand nombre au niveau des cals de fractures. »

Voici, Messieurs, les préparations que je conserverai précieusement, car cette question des cals vicieux hypertrophiques simulant des sarcomes est mal connue.

Il est bien entendu qu'il n'entre dans ma pensée aucune part de critique vis-à-vis de M. Delanglade. Il s'agit là de questions si mal connues, et au point de vue histologique et au point de vue clinique, que la confusion ne mérite même pas le nom d'erreur de diagnostic.

A propos de l'intervention chirurgicale dans la gangrène pulmonaire.

M. Ch. Monod. — M. Lejars, lors de son intéressante communication sur le traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire, exprimait le regret que les résultats éloignés de l'opération restassent souvent inconnus. A ce titre déjà, il me paraît intéressant de rapprocher des faits qui vous ont été rapportés les deux seuls cas de gangrène du poumon dans lesquels j'aie eu l'occasion d'intervenir — les malades, l'une et l'autre fois, ayant pu être suivis jusqu'à guérison définitive. Je ferai suivre le récit de ces deux faits de quelques courtes réflexions.

Je résume d'abord mes deux observations :

I. — La première a déjà été publiée dans nos Bulletins en 1892 (1). Je me contenterai donc d'en reproduire les principaux traits.

Homme de quarante-huit ans, foyer de gangrène reconnu à l'auscultation par mon collègue le Dr Netter; diagnostic confirmé par la ponction. Celle-ci est répétée le jour fixé pour l'opération, et aussitôt, sur le trocart-guide, incision du 8e espace intercostal, à trois ou quatre travers de doigt en dehors de la colonne vertébrale, puis de la plèvre et du poumon; évacuation du foyer; drainage. Au bout de huit jours, suppression du drain. Dix jours plus tard, soit moins de trois semaines après l'opération, le malade sort de l'hôpital avec un petit orifice fistuleux, qui était complètement fermé au bout de trois semaines.

II. — Mon second cas est relatif à un homme de cinquante-cinq ans, entré à Saint-Antoine dans le service de mon ami le Dr Brissaud, qui me l'adressa avec le diagnostic de gangrène pulmonaire (poumon gauche). Ce diagnostic était fondé : 1° sur la fétidité des crachats; 2° sur l'existence, vers la pointe de l'omoplate, d'une lésion en foyer avec souffle caverneux; 3° sur une ponction exploratrice, qui avait donné issue à un peu de liquide purulent.

Opération le 28 *mai* 1898. — Suivant ma constante habitude, malgré le résultat positif de la ponction préalablement faite, je la répète au moment d'opérer, tant pour m'assurer par moi-même de la présence du pus que pour déterminer exactement le siège du foyer, et enfin pour avoir, grâce à la canule du trocart, un guide me conduisant dans la cavité cherchée.

Donc, le long de la canule du trocart laissée en place, j'incise le 7e espace intercostal en arrière et au-dessous de la pointe de l'omoplate, dans une étendue de 7 à 8 centimètres. La 8e côte est mise à découvert et réséquée. La plèvre est à nu; elle semble épaissie. J'y fais une petite boutonnière au bistouri et constate que le poumon y adhère. Me guidant sur le trocart, j'enfonce le thermo-cautère en plein parenchyme pulmonaire et ouvre ainsi, à 2 ou 3 centimètres de profondeur, une cavité d'où s'échappent un liquide fétide et des débris gangréneux.

Le doigt, substitué à l'instrument, pénètre dans un espace oblong se prolongeant en haut, qui semble avoir les dimensions d'un petit œuf. Pour mettre ce foyer plus largement à découvert, je résèque la 7e côte dans la même étendue que la 8e, et débride par en haut la paroi externe de la cavité ouverte.

Toute la surface interne de celle-ci est touchée avec la solution de chlorure de zinc au dixième. Pas d'injection détersive.

La plaie des parties molles est laissée ouverte, sans réunion aucune. Drain. Pansement à la gaze iodoformée.

Les suites de cette intervention furent moins rapidement bonnes que dans le cas précédent. La fétidité, soit du pus s'écoulant par la plaie, soit des crachats, diminue vite cependant pour disparaître complète-

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 1892, t. XVIII, p. 578.

ment au bout de quatre jours. Mais la toux et les abondantes expectorations persistent.

La température, qui était revenue à la normale le lendemain de l'opération, se releva par deux fois à 38°5 et 39, sans que rien du côté de la plaie pût expliquer ces ascensions.

La plaie tamponnée à la gaze et drainée fut assez longue à se fermer. Elle ne l'était pas encore le 13 août, près de trois mois après l'intervention, lorsque le malade, dont l'état général était redevenu excellent, fut envoyé en convalescence à Vincennes.

Il dut à son retour, un mois plus tard, revenir se faire panser dans le service. La cicatrisation ne fut complète et définitive qu'en octobre cinq mois après l'opération.

Le malade, complètement guéri, est revu en novembre de la même année. Il est soumis à l'examen du professeur Brissaud, qui constate l'intégrité presque absolue de la respiration; quelques frottements dans toute la hauteur du poumon en arrière; pas de râles; respiration légèrement puérile. Pas de toux; expectoration pour ainsi dire nulle, et, en tout cas, sans aucune odeur.

Ces deux faits viennent à l'appui des remarques présentées dans nos précédentes séances par MM. Lejars et Tuffier sur le traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire. Ils enseignent en effet, comme nos collègues l'ont soutenu, que les lésions de cet ordre bénéficient de l'intervention opératoire lorsqu'elles sont en foyer.

Cependant, même dans ces conditions favorables, MM. Lejars et Tuffier estiment qu'il vaut mieux s'abstenir si la collection intrapulmonaire se vide bien par les bronches.

Sur ce point je ne partage pas leur avis et je dirai volontiers que tout foyer de gangrène pulmonaire non seulement *peut* mais *doit* être évacué, à condition cependant qu'il puisse être facilement atteint.

Comment d'ailleurs s'assurer que le drainage par voie bronchique est réellement suffisant? Et n'est-il pas évident que si l'évacuation directe est possible, elle sera plus complète, plus rapidement efficace et, qu'elle est, par conséquent, utile.

Certes, comme on l'a dit, la guérison ne suit pas toujours, et surtout n'est pas toujours aussi prompte que dans le premier cas de M. Lejars et dans l'un des miens — ce qui tient sans doute soit à des lésions de voisinage plus accentuées dans certains cas que dans d'autres, ou à ce que le foyer lui-même tout limité qu'il soit est plus étendu qu'on ne le supposait, ou bien encore que dans la cavité principale s'ouvrent des diverticules qui se laissent mal drainer.

On peut expliquer ainsi les rechutes apparentes qui retardent

l'oblitération définitive mais qui ne peuvent cependant être mises au compte de l'intervention elle-même.

Je maintiens donc que toute gangrène du poumon en foyer accessible à nos moyens chirurgicaux doit être largement ouverte et drainée, d'où résulterait qu'en pratique la question de l'intervention pour gangrène pulmonaire se réduirait à celle de savoir s'il est possible de faire le diagnostic de la limitation de la lésion et de son accessibilité.

Or, comme l'a très bien rappelé M. Lejars, si ce diagnostic est difficile ou impossible dans la première période d'évolution de la gangrène, il est relativement facile plus tard, lorsqu'en un point du poumon se montrent tous les signes d'une lésion cavitaire.

Dans les cas de M. Lejars comme dans les miens nos distingués collègues Legendre, Launois, Duflocq, Netter, Brissaud qui nous adressaient leurs malades avaient à la fois précisé le diagnostic de la lésion et son siège par l'auscultation, la percussion et les signes fonctionnels, sans que, dans mes cas du moins, il eût été nécessaire d'avoir recours à l'examen radioscopique.

Plus importante me paraît être la ponction exploratrice, tant pour confirmer le diagnostic que pour établir exactement le point qu'il s'agit d'atteindre. Pour ma part, alors même que cette ponction a été faite avant moi par mon collègue de médecine, je la répète systématiquement au moment de l'opération. Cette précaution dont notre collègue Peyrot a montré toute l'opportunité dans la cure chirurgicale des suppurations pleurales ne me paraît pas moins de rigueur dans celles des collections intra-pulmonaires.

Si la ponction donne un résultat positif, elle montre du même coup que le foyer n'est pas trop profondément situé et pourra selon toute probabilité être facilement atteint d'autant que la canule du trocart ou l'aiguille exploratrice laissées à demeure dirigeront le bistouri ou le thermo et les conduiront directement en bonne place.

Si la ponction reste négative, mieux vaut, me semble-t-il, s'abstenir que d'aller à l'aveugle avec le doigt ou l'instrument, à travers un parenchyme sain et qui ne se laisse que trop facilement traverser, à la recherche d'une lésion qui pourra malgré tout rester inabordable.

L'opération ainsi conduite pourra, immédiatement du moins, ne pas être aussi large qu'on l'a dit. L'incision étendue d'un espace intercostal, à la hauteur de la cavité décelée par la ponction, avec résection de la côte sus ou sous-jacente, sera parfois suffisante. Il sera toujours loisible, si cela semble nécessaire, d'agrandir l'ouverture faite à la paroi thoracique par une

nouvelle résection costale jusqu'à obtention d'un bon drainage.

Je me suis comporté de la sorte dans mes deux cas personnels et n'ai pas eu à m'en repentir.

Je borne à ces considérations pratiques les remarques que m'a suggérées mon expérience personnelle sur le traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire tout en ne me dissimulant pas que des faits plus nombreux seraient nécessaires pour en établir définitivement le bien fondé.

De l'entéro-anastomose et de l'exclusion intestinale dans la cure de l'anus contre-nature.

M. Routier. — J'ai demandé la parole pour protester aussi, et soutenir que l'exclusion intestinale doit être considérée comme un pis aller, et non comme une méthode de choix.

En général, quand il existe un orifice anormal sur l'intestin, l'idéal est de fermer directement cet orifice, indirectement et par l'entéro-anastomose si l'occlusion directe est impossible; enfin, on ne se résigne à faire de l'exclusion que si on ne peut pas faire autrement.

Je me suis trouvé, en 1897, en face d'un cas au moins aussi difficile que celui que nous a rapporté M. Vanverts, et, précisément parce qu'il était très complexe, je n'ai pas voulu, dans la dernière séance, me fier à ma mémoire, j'ai préféré m'en rapporter à mes notes prises à l'époque...

Voici le fait :

Mme L. H..., âgée de trente-trois ans, mariée depuis quatorze ans, n'a jamais eu de grossesse.

Elle a toujours souffert plus ou moins du ventre. Le 8 décembre 1897, elle avait pris une dose de rhubarbe, comme elle y était habituée depuis longtemps; elle fut purgée d'une façon extraordinaire, huit ou dix selles dans la nuit.

Le lendemain, ses règles vinrent comme d'habitude, avec douleurs; le 16, elle perd abondamment du pus par le vagin.

Le 17, violentes douleurs dans l'hypocondre droit, puis dans l'hypocondre gauche, elle vomit à plusieurs reprises, arrêt des matières et des gaz.

Le 18, je suis appelé auprès d'elle par mon ami le Dr Duperrier et par un des parents de la malade, mon ancien élève, le Dr Bourgeois. Ces messieurs pensent à une appendicite ; son facies est grippé, le pouls est à 116, elle a 37°9; le ventre est ballonné, dur, il me paraît fluctuant à gauche; au contraire, à droite, l'hypocondre paraît relativement libre.

Je pense qu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire tordu sur son pédicule, avec péritonite. Glace, diète.

Le 19, l'occlusion cesse, il passe des gaz; le ventre est moins douloureux, moins tendu ; je confirme mon diagnostic.

Tout allait bien, et nous comptions l'opérer quelques jours après, quand, le 25 décembre, tout recommence; à tous les signes précédents s'en ajoutent d'autres, de la rétention d'urine, le cul-de-sac postérieur du vagin fait une saillie énorme, l'utérus remonté est plaqué contre la symphyse; au kyste tordu s'est ajouté, soit un processus d'hématocèle, soit un abcès rétro-utérin.

Je fais porter la malade rue Bizet.

Le 26 *décembre*, je pratique d'abord une incision du cul-de-sac postérieur qui était tendu outre mesure; il sort plus d'un litre de pus infect; je lave et j'explore par ma colpotomie; je sens une autre poche qui fait saillie, je la crève, il sort une abondante quantité de sang noir, je ne puis plus rien atteindre.

Le volume du ventre n'a nullement varié après cette double évacuation. Je procède à un lavage soigneux de mes mains, et je pratique la laparotomie.

A peine le péritoine ouvert, il sort plus d'un litre de pus aussi infect que celui que j'ai évacué par voie vaginale; ce foyer purulent entoure un gros kyste, dont les parois couvertes de fausses membranes vertes sont d'aspect feuilles mortes dans le point où la fausse membrane verte n'existe pas.

J'essaie de décortiquer ce kyste, c'est impossible, il est coiffé par la masse intestinale.

Je le ponctionne, il sort 3 litres de pus aussi infect que précédemment, grand lavage.

Le kyste vidé, je ne puis pas mieux le décortiquer, les anses intestinales grêles sont fusionnées ; j'ouvre le kyste par en bas et je le draine largement avec quatre gros tubes et des mèches.

Je draine de même le vagin.

Tout allait très bien, quand, le 4 janvier, il commence à couler par le haut de la plaie, là où j'avais fait quelques sutures, un liquide sur la nature duquel il ne me resta guère de doutes, c'était du contenu intestinal.

Ce liquide jaunâtre coulait en abondance au moment du repas, et la peau tout autour ne tarda pas à être corrodée comme dans les fistules gastriques incontinentes. La malade dépérissait à vue d'œil.

Son parent, le Dr Bourgeois, convaincu qu'elle ne résisterait pas plus longtemps, me supplia d'intervenir malgré les risques inhérents à une tentative opératoire nouvelle.

Le 14 janvier, j'agrandis la plaie, je trouve au fond d'un cloaque l'ouverture intestinale, je dégage l'intestin ouvert, j'ouvre en même temps un abcès volumineux qui siège au milieu des anses intestinales, puis une énorme collection séreuse qui descendait jusque dans le petit bassin, en arrière de la paroi du kyste que j'avais ouvert.

L'intestin grêle était ouvert à coup sûr très haut, je ne saurais dire

exactement à quelle distance du pylore, mais ce qui s'écoulait par la fistule, sous nos yeux, c'était un mélange de suc gastrique, de bile et de suc intestinal.

Par trois plans de suture à la soie très fine, je fermai cet orifice qui comprenait bien la moitié au moins du calibre intestinal.

Je replaçai l'anse dans le ventre, et n'osai refermer complètement; je tamponnai mollement avec de la gaze stérilisée.

Le 16, la malade rendait des gaz et avait une selle naturelle, mais, autres complications, l'urine venait par le bas de la plaie abdominale.

Je mis une sonde à demeure dans la vessie.

L'urine ne passa plus, les selles continuèrent; le 27 janvier, dernier épisode, il coulait une certaine quantité de pus par le vagin, comme s'il s'était formé et ouvert un nouvel abcès.

La malade sortait cicatrisée le 14 février 1898.

Ce n'était pas fini : en mai, elle eut à nouveau de violents frissons, de la douleur dans l'aine gauche, et je lui ouvris, le 7, un énorme abcès de cette région. Et ce fut la fin, et elle est encore aujourd'hui parfaitement bien portante.

Si je vous ai cité cette observation dans tous ses détails, c'est pour bien montrer que le cas était difficile, et qu'on aurait pu plus encore que dans l'observation de M. Vanverts craindre l'infection possible et l'échec d'une restauration intestinale dans un vrai foyer purulent.

J'estime qu'en face d'une perforation intestinale, surtout quand elle siège sur l'intestin grêle, il faut tout faire pour conserver au malade tout cet intestin grêle, car si, comme on l'a dit récemment, le gros intestin n'est qu'un organe accessoire, je crois que l'intestin grêle est un organe de première nécessité, dont chaque centimètre est précieux, et, tant qu'on ne nous aura pas donné de preuves plus convaincantes, je ne croirai pas que le malade de M. Vanverts ait engraissé et se porte bien avec 80 centimètres d'intestin grêle.

Donc, fermer l'orifice autant que possible sur place, directement ou par entéro-anastomose proximale; ne faire l'exclusion que si on est forcé.

Rapport.

Sur des bandages herniaires présentés à la séance du mercredi 13 mai, par M. le Dr Bonnier, directeur de la Maison nationale de Charenton.

Rapport par M. PEYROT.

Notre confrère, le Dr Bonnier, nous a montré des bandages qu'il a en partie construits lui-même et pour son usage personnel. Il nous a signalé dans ces bandages quelques détails intéressants :

1° *Bandage simple.* — C'est un bandage genre anglais, à ressort sans courbure, mais l'auteur a pu se dispenser de faire passer la branche de l'appareil au-devant du pubis, grâce à l'emploi d'une solide gaine en fil tressé qui enveloppe d'abord et continu ensuite le ressort. La pelote, pour laquelle M. Bonnier emploie une nouvelle préparation de caoutchouc qui conserve une élasticité et une souplesse étonnantes, est absolument fixe. Tel qu'il est construit, cet appareil, ainsi que M. Bonnier a pu le constater sur lui-même, n'a aucune tendance à se déplacer, si bien que l'emploi du sous-cuisse est inutile.

2° *Bandage double.* — Dans ce bandage, au dispositif de deux bandages simples, est ajouté une glissière postérieure qui permet d'exécuter tous les mouvements du tronc sans que les pelotes subissent le moindre déplacement. Celles-ci sont maintenues en avant par une languette inextensible qui les fixe l'une à l'autre. Mais, grâce à la sangle dans laquelle les ressorts sont contenus, et grâce à la glissière signalée, elles restent en place quelles que soient les positions prises par le sujet.

3° *Tablier pour pelotes et gaine en sangle de fil pour la ceinture du bandage.* — La gaine en sangle de fil qu'emploie M. Bonnier joue un rôle important dans son bandage. Mais, même avec des bandages ordinaires, son emploi paraît utile. Facile à laver, elle assure la propreté des ceintures rembourrées ordinaires. Employée avec les bandages en gomme, elle les rend plus faciles à supporter, ces bandages étant généralement très étroits. Ces avantages se font surtout sentir l'été et dans les climats chauds.

La pelote repose sur des petits tabliers dont l'usage pourrait se généraliser à toutes les pelotes. M. Bonnier interpose successivement entre la pelote et la peau une feuille de cuir souple et une feuille de toile. Il compare l'action de la première au tapis que le cavalier met sous sa selle. Il a constaté que cette dispo-

sition facilitait singulièrement l'usage de la pelote, dont les petits mouvements ne fatiguent plus la peau. Le tablier de toile est naturellement destiné à être changé aussi souvent que les besoins de la propreté l'exigent.

Ces dispositions indiquées par M. Bonnier ne révolutionnent pas l'art du bandagiste, mais elles facilitent sensiblement l'usage de ses appareils, dont elles rendent le port plus tolérable et plus efficace. Nous ne pouvons donc que féliciter notre confrère d'utiliser les loisirs que lui laisse la direction d'une grande Maison à des recherches utiles, et le remercier de sa communication.

Communication.

Des perforations du rectum survenant au cours de l'hystérectomie abdominale et non justiciables de la suture simple. Leur traitement par le cloisonnement du bassin,

par M. CHAPUT.

Il m'est arrivé deux fois cette année, au cours d'hystérectomies abdominales particulièrement difficiles, de me trouver en face de perforations du rectum qu'il semblait impossible de fermer par suture à cause de leur situation profonde (surtout chez des femmes grasses), ou à cause de la mauvaise qualité des tissus, ou encore en raison de l'étendue considérable de la perforation et du manque d'étoffe.

Dans ces conditions, je n'avais d'autre ressource que l'anus iliaque définitif ou la résection du rectum. L'anus iliaque est d'abord une infirmité très pénible ; en outre, il ne m'aurait pas fourni le moyen d'oblitérer d'une manière parfaite la perforation ; en effet, en prévision de l'insuffisance des sutures, il aurait fallu drainer l'abdomen, ce qui n'est pas possible au voisinage d'un anus artificiel.

D'autre part, la résection du rectum par l'abdomen est difficile et longue, surtout sur les femmes grasses et avec un rectum à court méso. J'ai spécifié que la profondeur du champ opératoire chez une femme obèse rendait impossible la suture simple de la perforation ; à plus forte raison la résection aurait été impraticable.

A supposer que la résection fût possible, on ne peut comparer l'importance et la gravité de cette opération à celle que j'ai employée et qui m'a fourni deux beaux succès.

Voici en quoi a consisté ma manière de faire. L'hystérectomie abdominale totale étant terminée complètement, j'avais devant moi le vagin largement ouvert. J'avais à ma disposition un grand lambeau de péritoine vésico-utérin. J'attirai le grand lambeau en arrière, comme un voile, au-dessus du vagin, et je l'amenai au contact de la paroi antérieure du rectum. Je le fixai au moyen d'agrafes métalliques à la paroi antérieure et aux parois latérales du rectum, mais au-dessus de la perforation. Je le fixai encore à la paroi pelvienne postérieure, puis aux parois latérales, jusqu'à ce que la cloison fût absolument étanche.

J'ai dit plus haut que le vagin restait largement béant sous la cloison.

Je refermai ensuite le ventre sans drainage abdominal.

Les malades furent constipées avec de l'opium. Ce que j'avais prévu arriva : la cloison se réunit rapidement aux parties voisines, si bien que lorsque les matières firent issue par la plaie rectale elles ne purent passer dans le péritoine et trouvèrent leur voie du côté du vagin. Comme la distance entre l'orifice rectal et vaginal était assez grande et comme l'espace intermédiaire était bordé de tissus souples et mobilisables, il en résulta que le trajet se rétrécit, puis s'oblitéra très rapidement.

Je ne saurais assez insister sur la simplicité et sur l'efficacité de cette méthode. L'exécution de ce cloisonnement est actuellement courante en chirurgie; rien n'est plus simple, surtout en se servant des agrafes delta; avec ces agrafes, la suture est exécutée en une ou deux minutes à peine.

Ai-je besoin de faire remarquer que toutes les méthodes actuellement connues auraient été plus sérieuses, plus difficiles et moins efficaces que celle du cloisonnement.

La perforation du rectum au cours de l'hystérectomie est heureusement un accident rare, mais il est tellement sérieux dans certains cas qu'il est utile d'avoir à sa disposition un moyen aussi simple et aussi satisfaisant que le cloisonnement.

Obs I. — *Pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale. Perforation élevée du rectum. Cloisonnement du bassin. Guérison.*

Il s'agit d'une jeune femme atteinte de pyosalpinx aigu qui fut colpotomisée le 15 novembre 1902 par un de mes élèves; au moment de l'opération le rectum fut perforé, il en résulta une fistule recto-vaginale qui s'oblitéra d'elle-même en quelques semaines. L'empâtement au niveau des annexes persistant, je fais, le 19 décembre 1902, une hystérectomie abdominale totale avec ligatures métalliques. Après avoir enlevé l'utérus et les annexes, je constate que l'ancienne perforation du rectum se trouve ouverte par suite des décollements opératoires. La perforation mesure environ 1 centimètre de diamètre, elle est difficile-

ment accessible, elle est en outre bordée de tissus épaissis, durs, friables qui se coupent sous les sutures et qu'il est impossible d'adosser. Je prends le parti de suturer le péritoine vésical au rectum au-dessus de la perforation que je laisse béante; cette suture est exécutée au moyen d'agrafes rondes. Le vagin est laissé béant pour faciliter l'écoulement des matières.

Drainage abdominal (mèche iodoformée), mèche vaginale pendant deux jours, puis injections à canal ouvert.

Pendant quelques jours des matières peu abondantes passent par le vagin, puis l'oblitération spontanée se fait.

Les suites opératoires ont été troublées par une broncho-pneumonie très intense, due à un refroidissement intentionnel de la malade. Malgré cette complication la guérison s'est faite sans incidents.

Obs. II· — *Fibrome utérin adhérent au rectum. Hystérectomie abdominale totale. Très large perforation du rectum. Suture impossible. Cloisonnement horizontal du bassin. Guérison.*

Il s'agit d'une malade de quarante ans entrée dans mon service le 26 janvier 1903, pour un fibrome saignant volumineux, enclavé dans le bassin et remontant à 3 doigts au-dessous de l'ombilic.

Le 2 *février* 1903, je pratique l'hystérectomie abdominale totale. Il existe des adhérences importantes entre l'intestin grêle et le fond de l'utérus que je décolle avec soin. Après avoir enlevé celui-ci en totalité et pratiqué l'hémostase au moyen de ligatures métalliques, je m'aperçois que le rectum est très largement ouvert, la perforation mesure environ 5 à 6 centimètres de longueur sur 3 centimètres de large. La suture partielle est impossible à exécuter faute d'étoffe; il faudrait faire la résection, qui serait très difficile sur cette femme obèse, et dans la profondeur du bassin; — comme l'opération a déjà duré fort longtemps je prend le parti de ne pas m'occuper de la perforation, et je suture le péritoine vésical au rectum et à la paroi pelvienne postérieure au moyen d'agrafes rondes en laissant le vagin ouvert pour l'écoulement des matières.

Suture de l'abdomen sans drainage. Les suites ont été très simples. Il s'est fait un écoulement stercoral par le vagin pendant une vingtaine de jours seulement. La guérison fut dès lors complète.

Réflexions. — Le résultat obtenu dans l'espèce par le cloisonnement du bassin est tout à fait surprenant. La plaie du rectum était tellement large qu'elle équivalait presque à une section totale. Je m'attendais donc à voir persister un véritable anus contre nature vaginal, définitif. Il est très étonnant que l'oblitération de cette plaie ait pu se faire; cela ne s'explique que par la grande distance qui séparait la perforation rectale du vagin. Le trajet intermédiaire, en se rétractant, a rétréci la perforation et s'est oblitéré complètement. Le cloisonnement du bassin n'a pas seulement évité l'infection du péritoine, il a aussi permis de

guérir cette perforation sans aucune fistule stercorale, résultat qu'on n'aurait pas pu obtenir avec aucun des autres procédés actuellement à notre disposition.

M. J.-L. Faure. — Si je ne me trompe, la manœuvre dont vient de nous parler mon ami Chaput et qu'il appelle le *cloisonnement du bassin* n'est pas autre chose que ce que nous faisons tous plus ou moins sous le nom de *péritonisation du bassin*.

M. Pierre Delbet. — J'ai eu jusqu'ici la chance de ne jamais perforer le rectum au cours de laparotomie. Mais j'ai fait souvent le cloisonnement que vient de nous décrire mon ami Chaput.

L'opération est très simple. Elle consiste à prendre le grand lambeau péritonéal antérieur qui reste après l'ablation de l'utérus et des annexes (lambeau qui va d'une artère utéro-ovarienne à l'autre et qui comprend de chaque côté le feuillet antérieur du ligament large et au milieu le péritoine vésico-utérin), à attirer ce lambeau en arrière et à le suturer non pas comme on le fait d'ordinaire au lambeau postérieur correspondant mais plus ou moins haut au rectum et sur les côtés au péritoine de la paroi postérieure du bassin. Au-dessous de cette cloison artificielle, je fais un drainage par le vagin.

Je me suis servi assez souvent de ce cloisonnement il y a sept ou huit ans, lorsque j'étais à Laënnec ; il a des avantages lorsqu'il reste dans le fond du cul-de-sac de Douglas des portions de tissus inquiétants au point de vue de l'asepsie. C'est en somme un bon moyen d'empêcher les infections de remonter du petit bassin de Douglas vers les parties plus élevées du péritoine.

M. Paul Reynier. — La communication que vient de faire M. Chaput m'intéresse tout particulièrement. Elle vient, en effet, à l'appui des idées que j'avais émises en 1894 au Congrès de Rome, où j'avais lu un mémoire sur ces perforations rectales survenues au cours de laparotomies pour suppurations annexielles.

Dans ce mémoire, j'étais arrivé à ces conculsions que la suture rectale, comme vient de le dire M. Chaput, est non seulement difficile à faire, mais quelquefois impossible à bien réaliser. On a, en effet, dans ces cas affaire à des rectums dont les parois sont malades, qui, au voisinage des poches suppurées, non seulement se sont enflammées, mais sont en imminence de sphacèle; car la perforation se produit là où se préparait l'ouverture de l'abcès. Aussi ne faut-il pas s'étonner que les fils coupent ne tiennent pas, et que la suture est le plus souvent illusoire.

Aussi après avoir tenté de ces sutures, qui m'avaient mal réussi,

j'étais arrivé à y renoncer, comme l'a fait M. Chaput, et à chercher plutôt à isoler de la cavité péritonéale cette perforation. Frappé de plus de la facilité avec laquelle se guérissaient les perforations rectales survenues au cours des suppurations annexielles, une fois l'hystérectomie vaginale faite, et lorsque les matières s'écoulaient par le vagin, j'étais arrivé à préconiser la conduite suivante.

Si, au cours d'une laparotomie, je constatais une perforation rectale, j'appliquais dessus immédiatement une grosse éponge qui bouchait l'orifice, et je faisais de suite l'ablation complète de l'utérus; en 1894 je faisais cette ablation par la voie vaginale, dont j'avais plus l'habitude; depuis je l'ai faite par la voie abdominale.

Sur l'éponge obturatrice je mettais une pince ou un fil sortant par le vagin, de manière à la retirer par cette voie; et les choses ainsi disposées, j'isolais dans la cavité abdominale mon éponge au moyen d'un Mikulicz, les compresses étant mises tout autour de l'éponge et faisant une sorte de tunnel au fond de duquel elle se trouvait.

J'obtenais ainsi des adhérences, et quand, quarante-huit heures après j'enlevais l'éponge, les matières s'écoulaient par le vagin; or, j'ai guéri ainsi successivement trois malades, chez lesquelles cette perforation s'était produite.

En agissant ainsi, je cherchais surtout à faciliter l'écoulement des matières intestinales par le vagin, et à pratiquer l'isolement de la perforation du reste de la cavité abdominale.

C'est à ces deux indications que répond la manière de faire de M. Chaput. Le cloisonnement qu'il pratique au-dessus de la perforation assure bien mieux que je ne le faisais l'isolement de la perforation du reste de la cavité abdominale, et dirige plus sûrement les matières du côté de la voie vaginale.

Aussi je me propose, en pareil cas, d'avoir recours à ce cloisonnement, que je pratique comme M. Chaput depuis un certain temps dans les hystérectomies abdominales, où j'ai l'habitude de rabattre par-dessus mes pédicules utérin et annexiels le lambeau péritonéal antérieur, que je suture au moyen d'un surjet au péritoine du petit bassin.

Mais, avec M. Chaput, je considère que, dans le cas de perforation, le cloisonnement peut rendre encore plus de services.

En terminant, je demanderai à mon collègue quelles sont les raisons qui lui ont fait préférer la voie abdominale dans ce cas. Étant donné la perforation rectale antérieure récente à la suite de la colpotomie, à moins d'indications spéciales, ou du siège trop élevé de la perforation, la voie vaginale m'aurait paru en pareille circonstance plus sûre, surtout si on tient compte comme je l'ai

dit plus haut de la facilité avec laquelle se guérissent ces perforations rectales spontanées, une fois l'hystérectomie faite par cette voie.

M. Pozzi. — Je voudrais insister sur une considération qui me paraît avoir échappé à M. Chaput, c'est que les plaies du gros intestin, et en particulier du rectum, ont une tendance naturelle à guérir pour peu qu'on prenne soin de les suturer et de drainer. Il faut distinguer, à la vérité, les plaies faites dans une cavité pelvienne aseptique, et celles qui sont produites dans un milieu septique. Si le rectum est perforé, incisé ou déchiré au cours d'une laparotomie aseptique (comme cela m'est arrivé l'an dernier en énucléant un kyste colloïde rétro-péritonéal), la suture peut être suivie d'un succès complet et immédiat, lors même que la blessure intestinale serait large, comme dans le cas dont je parle. Si, au contraire, il s'agit d'une plaie d'un rectum adhérent à un foyer purulent, rectum aux parois épaissies et infectées, la suture aura un autre résultat; son effet sera temporaire, celui d'oblitérer mécaniquement la perforation pendant le temps nécessaire à la formation d'adhérences protectrices autour du drainage, qu'on établira entre le rectum suturé et l'extérieur. La déhiscence de la suture est alors presque la règle, mais elle est plus ou moins tardive et plus ou moins complète et n'empêche pas la guérison. Seulement la malade passe par une phase de *fistulisation* ou même d'*anus contre nature*, fistule ou anus qui se rétrécit de plus en plus et arrive à guérir spontanément. J'ai toujours vu cette guérison se faire dans les plaies même très larges du rectum, traitées comme je vais l'indiquer, sous l'influence de la rétraction progressive de l'entonnoir granuleux qui se forme autour du drainage et conduit les matières à l'extérieur.

Pour obtenir ce résultat, je recommande de suturer les plaies intestinales avec deux plans de sutures, l'un en masse, l'autre superficiel (j'emploie toujours le catgut). Une seconde indication est de drainer largement. Il faut toutefois distinguer deux cas : la plaie qu'on a suturée siégeait-elle sur un rectum sain? on peut se borner à drainer modérément avec une simple mèche. La plaie intéresse-t-elle un rectum épaissi, altéré, cas dans lequel la désunion est à craindre, et où l'on ne peut espérer la guérison qu'après une période de fistulisation temporaire? Il faut alors faire un drainage épais avec plusieurs mèches juxtaposées de gaze (j'emploie dans ce cas la gaze iodoformée faible) ou même placer un sac à la Mickulicz. Le but à atteindre est de créer un canal entre l'extérieur et la plaie qui est exposée à se désunir

partiellement. Enfin il faut maintenir une sonde dans le rectum et plus tard y faire des lavages sous faible pression.

J'ai vu quatre ou cinq cas de guérison survenir dans des conditions semblables. Pour l'un il y avait eu rupture transversale du rectum, devenu friable comme du verre au niveau d'un pyosalpinx adhérent. — Une dernière remarque : je suis l'ennemi des éponges. Elles s'infectent rapidement, et je crois, en particulier, dangereux de les laisser à demeure dans un foyer septique.

M. Peyrot. — J'ai entendu M. Chaput, dans sa communication, signaler ce fait que le procédé de cloisonnement employé par lui était dans la pratique de la plupart d'entre nous. Ce point est bien certain et plus d'une fois nous avons, à l'hôpital Lariboisière, Souligoux et moi, usé de ce cloisonnement surtout après des ablations des annexes et de l'utérus, lorsque, l'abdomen nous paraissant bien net, le petit bassin seul infecté, nous étions tentés de fermer l'abdomen sans faire de drainage à la Mikulicz.

L'application de cette méthode en cas de blessure du rectum est intéressante et constitue un cas particulier de la méthode.

M. Terrier. — J'ai demandé la parole pour approuver pleinement ce que vous a dit mon ami M. Pozzi. Il m'est arrivé plusieurs fois d'ouvrir le rectum dans les conditions qu'il a indiquées, et j'ai toujours suivi la même conduite pour réparer la plaie rectale. Je fais toujours la suture aussi parfaite que la profondeur de la lésion me le permet, et cette suture, je la fais à la soie. Comme elle porte sur des tissus sclérosés, friables, à nutrition insuffisante, ma réunion ne réussit que partiellement dans le plus grand nombre des cas. Aussi ai-je toujours le soin de faire au devant de cette suture un tamponnement assez serré, simple ou à la Mikulicz ; j'emploie toujours la gaze simple, de préférence à la gaze iodoformée dont le moindre désavantage est son odeur. Je constipe mes malades et j'introduis dans le rectum par l'anus un tube de caoutchouc pour faciliter l'évacuation des gaz. Lorsque j'enlève mon tamponnement, je puis encore avoir une fistule, mais cette fistule je l'ai toujours vue guérir spontanément.

Présentation de malade.

Résection du maxillaire supérieur gauche pour un sarcome à myéloplaxes. Restauration de la voûte palatine au moyen de la muqueuse palatine suturée à la joue. Inutilité d'un appareil prothétique.

M. Jalaguier. — La jeune fille que je vous présente est âgée de dix-neuf ans. Elle a subi, le 4 janvier 1901, la résection totale du maxillaire supérieur gauche. Il s'agissait d'une tumeur à myéloplaxes dont le début remontait au mois de septembre 1899.

La guérison s'étant maintenue depuis près de *deux ans et demi*, je crois qu'elle peut être considérée comme définitive.

Je vous ferai remarquer, d'autre part, que la déformation est insignifiante. J'ai utilisé pour les téguments l'incision dite de Liston.

Quant à la voûte palatine, j'ai suivi le conseil donné autrefois par Langenbeck (cité par Farabeuf, *Précis de manuel opératoire*, 4e édit., p. 970).

J'ai décollé toute la fibro-muqueuse restée saine pour former un lambeau adhérent au côté sain et au voile.

La section de la voûte osseuse a été pratiquée au ciseau, en ménageant l'incisive médiane gauche.

L'opération terminée, le lambeau a été suturé à la face interne de la joue, de manière à rétablir le cloisonnement bucco-nasal.

Vous voyez que le résultat est très satisfaisant aussi bien au point de vue esthétique qu'au point de vue fonctionnel.

La mastication et la phonation ne présentent pas le moindre trouble et l'opérée n'a que faire d'un appareil de prothèse.

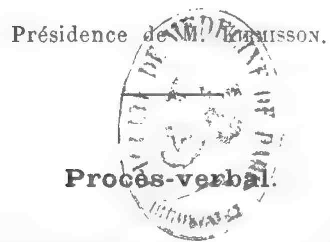
Le Secrétaire annuel,

Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 17 JUIN 1903

Présidence de M. KIRMISSON.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. FAURE, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une lettre de M. PICQUÉ qui, souffrant, demande un nouveau congé de trois semaines.

4°. — Un travail de M. le Dr SCYPIORSKI intitulé : *Deux observations de gangrène pulmonaire.* Le travail du Dr Scypiorski est renvoyé à une Commission, dont M. LEJARS est nommé rapporteur.

5°. — Un travail du Dr DYONIS DU SÉJOUR (de Clermont), intitulé : *Plaie pénétrante de l'abdomen. Perforations multiples de l'intestin. Laparotomie. Guérison.*

6°. — Un travail du Dr H. MEUNIER (de Pau), intitulé : *Corps étrangers des bronches. Extirpation par les voies naturelles.*

Les travaux de MM. Dyonis et Meunier sont renvoyés à une Commission, dont M. RICARD est nommé rapporteur.

7°. — Une lettre du ministre de l'Instruction publique invitant la Société de chirurgie à lui communiquer la liste de ses publications depuis 1900, afin de les faire figurer à l'Exposition qui se tiendra à Saint-Louis, en 1904.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur la conduite à tenir en face d'une perforation du rectum au cours de l'hystérectomie.

M. Ricard. — La communication de M. Chaput est des plus intéressantes et j'avais l'intention depuis quelque temps déjà d'entretenir la Société de plusieurs faits semblables.

Je ne reviendrai pas sur l'histoire du cloisonnement pelvien aujourd'hui tombée dans le domaine public. Ceux qui le pratiquent restent étonnés de la facilité avec laquelle le péritoine vésical se laisse amener au niveau du péritoine de l'anse sigmoïde et du rectum. Je ne veux effleurer que deux points particuliers ayant trait aux indications et à la technique.

Toutes les fois qu'après une intervention portant sur l'utérus ou ses annexes — j'ai des doutes sur la septicité du champ opératoire, je procède à l'hystérectomie abdominale *totale* qu'il s'agisse de fibromes avec annexites suppurées, de cancer utérin, de lésions rectales, etc. J'ouvre ainsi un large drainage vaginal, et le voile péritonéal tendu de la vessie à la paroi postérieure du pelvis fait ainsi l'exclusion de la cavité inférieure septique largement ouverte dans le vagin.

Plusieurs fois j'ai eu recours à cette pratique dans les cas de fistule rectale, soit post-opératoire soit préexistant à l'opération et j'ai toujours obtenu de bons résultats. Le point particulier sur lequel insiste M. Chaput rentre pour moi dans les indications générales qui me font choisir le cloisonnement.

Quant à la technique, je déconseillerais d'une façon absolue les fils non résorbables, les fils de soie, de lin, ou les agrafes de Michel, n'oubliant pas que ces fils perforants plongent pas leur partie inférieure dans la cavité pelvienne, supposée septique ; je me sers toujours de catgut.

De plus, au-dessous du cloisonnement je pose toujours un drain ressortant par la partie inférieure de la plaie abdominale.

C'est là une simple mesure de précaution qui m'a quelquefois été utile. Le plus souvent, au bout de quarante-huit heures, on peut retirer ce drainage qui ne présente aucun inconvénient.

En agissant ainsi, j'ai la conscience qu'on atténue le pronostic des opérations graves qu'on a à pratiquer sur le petit bassin de la femme.

M. Quénu. — C'est toute la question de la péritonisation que vient de soulever M. Ricard. M. Faure avait du reste judicieusement

fait observer que le cloisonnement de M. Chaput n'était qu'une application locale d'une méthode générale, la péritonisation. Je demande à ce que, dans une prochaine séance, on me permette de présenter un court historique de cette méthode, qu'on a appelée à tort, même en France, la méthode d'Ammann, de Munich, et que, bien avant Ammann, Duret, Sneguireff et moi avons préconisée.

M. Hartmann. — Un mot seulement pour dire que le cloisonnement du bassin, par suture du lambeau péritonéo-vésical à la face antérieure du rectum, n'est pas aussi nouveau qu'on semble le croire. Dès 1896, Bliesener, publiant quarante observations d'annexites suppurées, opérées par son maître, Bardenheuer, donne cette pratique comme étant courante, dans tous les cas où il y a utilité à isoler le fond du Douglas et à le séparer du reste de la cavité péritonéale.

A propos de la lithiase biliaire et de la cholédocotomie.

M. Potherat. — Dans la séance du 24 juillet 1901, je vous ai présenté deux calculs biliaires, du volume d'une noix pour l'un, d'une noisette pour l'autre; calculs que j'avais, peu de temps auparavant, extraits de la vésicule biliaire d'une paysanne de quarante ans.

J'avais pratiqué une cholécystotomie idéale, sans aucun incident consécutif. La réunion immédiate de la vésicule biliaire et celle de la paroi abdominale s'étaient faites totalement et simultanément.

Mais, vous disais-je alors, l'histoire clinique de cette malade est intéressante, et je vous la rapporterai un jour. Or, ce jour me paraît venu, pour deux raisons : la malade peut être considérée comme bien et dûment guérie, puisque voici bientôt deux ans (je l'ai opérée le 30 juin 1901) que l'intervention a été faite, et la malade continue à se bien porter; en second lieu, la discussion en cours ramène ce cas à l'actualité.

Quand la malade me fut présentée, je vis une femme tellement amaigrie, qu'elle était véritablement décharnée. Avec ses yeux enfoncés dans l'orbite, les pommettes et toutes les saillies osseuses fortement proéminentes, sa peau flasque, terreuse et d'une teinte jaune paille manifeste; son ventre affaissé, rétracté, en bateau, avec ses rebords thoraciques très saillants, cette pauvre femme présentait le tableau le plus net de la cachexie cancéreuse. Joignez à cela que cette malade, depuis plusieurs mois, ne pouvait plus manger,

par le fait d'une inappétence absolue, voire même d'un dégoût réel pour les aliments, qu'elle ne prenait qu'un peu de lait, qu'elle avait de temps à autre des vomissements aqueux abondants, et l'idée d'un cancer de l'estomac devait forcément venir à l'esprit. L'examen direct montrait un estomac manifestement dilaté ; une palpation attentive ne permettait de découvrir sur la partie accessible des faces ou des bords aucune induration. Mais, si l'on se portait vers la droite, dans la région pylorique, on sentait avec la plus grande netteté une tumeur d'une dureté ligneuse, un peu irrégulière à sa surface, peu ou pas douloureuse au palper.

Dans ces conditions, il me parut, comme à tous ceux qui l'examinèrent, et aux deux médecins qui avaient observé le malade et suivi le cours des accidents, qu'il s'agissait, à n'en pas douter, d'un cancer du pylore.

Je note, de suite, que la malade n'avait jamais eu ni coliques hépatiques, ni ictère, ni décoloration des matières, que son foie avait un volume à peu près normal, et qu'aucune induration n'existait à la surface de son lobe gauche.

Fermement convaincu d'être en présence d'un cancer pylorique, et considérant que la tumeur était très limitée, au moins en apparence, un peu mobile, que la malade n'avait aucune altération appréciable ni probable des viscères, je pensai qu'une laparotomie était indiquée, laquelle me conduirait, soit à une pylorectomie curative, soit au moins à une gastro-entérostomie palliative.

Et, c'est dans ces conditions, que je fis l'incision abdominale sus-ombilicale. Arrivé dans le ventre, je reconnus que l'estomac, presque vide, avait des dimensions très exagérées ; mais ayant amené vers moi la petite extrémité, grande fut ma surprise de constater que le pylore était souple, sans aucune induration, absolument normal.

Il n'y avait donc pas de cancer du pylore. J'explorai alors les alentours, et je sentis bientôt la masse dure, irrégulière que je cherchais ; elle était manifestement dans les voies biliaires et occupait à la fois la vésicule et le cystique.

Et c'est ainsi que je fus amené à ouvrir la vésicule, à en extraire deux calculs, puis à suturer cette vésicule, qui ne me parut pas avoir subi d'altération appréciable. L'événement a justifié cette conduite, et a montré que j'avais eu raison de pratiquer une cholécystotomie idéale.

Les suites de cette intervention, je l'ai déjà dit, furent des plus simples au point de vue opératoire ; elles ne furent pas moins favorables au point de vue thérapeutique. Le lendemain même de mon opération, la malade, à la stupéfaction des siens, réclamait à manger, et, dès le deuxième jour, elle mangeait une côtelette.

Très vite, elle se mit au régime habituel des gens bien portants; elle ne tarda pas à reprendre des chairs et de la vigueur et sa santé redevint normale; elle s'est maintenue depuis lors.

Voilà donc un fait dans lequel des calculs, sans avoir révélé leur présence par aucun des accidents de la lithiase biliaire entraînaient des troubles fonctionnels graves qui auraient pu aller jusqu'à la mort. Et cela par un processus purement mécanique. Les calculs enchatonnés dans la vésicule et le canal cystique, comprimaient le pylore et donnaient lieu à tout le complexus symptomatique d'une sténose pylorique permamente, de nature organique.

Ce fait n'est ni le seul, ni même le premier que j'aie observé. Un an auparavant, j'avais opéré une jeune dame, mariée à un confrère, et auprès de laquelle j'avais été appelé à plusieurs reprises pour des attaques d'appendicite violente, mais d'assez courte durée. Jusque-là, rien d'exceptionnel, mais son mari et moi avions été frappés, sans pouvoir nous l'expliquer, de l'anorexie absolue que présentait la malade, même dans l'intervalle des crises appendiculaires; alors qu'elle ne souffrait plus à droite, que la fosse iliaque reprenait toute sa souplesse, que les fonctions intestinales pouvaient bien s'exécuter, cette malade n'éprouvait pas le moindre désir de s'alimenter, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'elle pouvait absorber un peu de lait ou de bouillon. Et pourtant, l'examen de l'abdomen ne nous révélait rien d'anormal : pas la moindre induration dans la fosse iliaque droite, donc pas d'adhérences, de tractions sur le grand épiploon; pas de douleurs nulle part, rien qu'un foie un peu volumineux et de la dilatation de l'estomac.

Cette anorexie absolue persistante, bien plus que les attaques d'appendicite, décida la malade à se laisser opérer. Je fis l'incision de Roux, trouvai un appendice remontant en dehors et en arrière du cæcum, et maintenu dans cette position anormale par quelques adhérences d'ailleurs faciles à détruire. L'appendice réséqué, j'explorai le foie qui atteignait la limite supérieure de mon incision un peu élevée. J'arrivai ainsi sur une vésicule de dimensions normales, souple, libre de toute adhérence pathologique, dans le col de laquelle je sentis un volumineux calcul, qui répondait à la face antérieure du pylore sur lequel il s'appuyait. J'agrandis l'incision abdominale; j'ouvris la vésicule, et j'en retirai assez péniblement, d'ailleurs, un calcul muriforme du volume d'une grosse noix. J'aurais pu, je le crois, refermer en totalité la vésicule, et faire une cholécystotomie idéale. Je n'osai pas; je fis l'abouchement à la peau; il persista une fistule biliaire qui se ferma spontanément en cinq mois environ.

Chez cette malade encore, il n'y avait eu ni coliques hépatiques, ni ictère, ni décoloration des fèces, et l'opération m'avait montré qu'aucune inflammation périphérique ne s'était produite autour des voies biliaires. Chez cette malade aussi, l'ablation d'un calcul engagé dans le canal cystique, avait par compression sur le pylore provoqué des troubles digestifs graves, analogues à ceux d'une sténose pylorique permanente; chez elle aussi, tous ces troubles cessèrent dès le deuxième ou troisième jour de l'opération. L'appétit revint avec le libre fonctionnement de l'estomac, et le résultat ainsi obtenu s'est affirmé définitivement et s'est toujours maintenu depuis lors.

Ces modalités cliniques ne sont pas très fréquentes; en tous cas, on n'en a guère rapporté d'observations. A ce titre, ces deux faits méritaient de vous être signalés, et de prendre place dans l'histoire de la lithiase biliaire.

M. F. Legueu. — Dans son rapport sur une observation de cholédocotomie, mon ami M. Guinard faisait allusion aux difficultés du diagnostic des calculs du canal cholédoque. Ces difficultés, disait-il, sont souvent très sérieuses avant et pendant l'opération.

J'ai à ce point de vue observé une malade dont l'histoire est absolument superposable à celle qu'il a rapportée; c'est celle d'une malade chez laquelle j'avais pris comme lui une induration de la tête du pancréas pour un cancer.

Il s'agissait d'une femme de cinquante-deux ans que je voyais au mois d'août 1899; elle avait de l'ictère chronique. Lithiasique vésiculaire depuis vingt-sept ans, elle avait été prise au mois de février 1899 d'une crise beaucoup plus importante que les autres, et qui avait duré plus de douze heures. Au bout de ce temps la douleur s'était calmée, mais pour reparaître de temps en temps, tous les cinq ou six jours, sous forme de petits élancements, rapides, sans durée.

Cependant voici que le 1er avril elle présente un ictère généralisé : l'ictère s'accentue les jours suivants, devient bientôt très foncé, prend les caractères nets d'un ictère par rétention avec la coloration acajou de la peau, la décoloration des matières. En même temps elle présente des crises violentes de douleur, crises courtes de quelques heures, mais se répétant à chaque instant.

Elle va à Vichy où elle a fait déjà antérieurement plusieurs saisons. Là elle continue à souffrir d'une façon intermittente et assez intense, mais elle n'éprouve aucune amélioration; l'ictère reste aussi intense, mais l'amaigrissement s'accentue notablement.

Je la vois au lendemain de sa saison à Vichy : le foie n'est pas gros, on ne sent pas de distension vésiculaire. Tous ces symp-

tômes me semblent devoir s'expliquer par une obstruction permanente calculeuse du cholédoque.

Je pratique le 22 août 1899 la laparotomie latérale ; la vésicule n'est pas distendue, elle est au contraire ratatinée et sclérosée. Je l'ouvre et évacue de sa cavité deux calculs du volume d'une noisette environ.

Je ne trouve pas là la cause de l'ictère par rétention : j'explore le cholédoque, et trouve à la terminaison de ce dernier sur le bord gauche du duodénum une induration : elle me semblait plus étalée que ne le serait un calcul. Je la ponctionne avec une aiguille et je vois avec surprise que l'aiguille s'y enfonce : ce n'est pas un calcul. Je pense ainsi qu'il s'agit d'un cancer de la tête du pancréas et je termine l'opération en suturant la vésicule à la peau.

Les jours suivants, la bile s'écoula en abondance par la fistule ; je pensais que celle-ci durerait longtemps. Je fus très étonné de la voir se fermer très rapidement. En même temps l'ictère diminuait peu à peu, les matières se coloraient progressivement.

Je croyais toujours au cancer et l'état général sembla en effet pendant quelque temps assez peu brillant. Mais peu à peu tout est rentré dans l'ordre, et aujourd'hui cette malade est encore parfaitement bien portante.

Ce n'était donc pas un cancer ; j'avais pris comme tel une induration de la tête du pancréas, une sclérose inflammatoire péricanaliculaire. Je pense que les vieilles inflammations chroniques des canaux biliaires peuvent propager à leur pourtour l'inflammation dont ils sont le siège et le drainage momentané des voies biliaires peut avoir une heureuse influence sur ces lésions et sur les conséquences qu'elles entraînent.

Dans son rapport, M. Guinard faisait encore allusion à la suture du cholédoque, et notre collègue ajoutait qu'elle était inutile. Elle l'était peut-être dans l'observation de M. Ardouin, et si, au lieu de suturer le cholédoque en ouvrant la vésicule, notre confrère avait respecté la vésicule et laissé le cholédoque ouvert, le résultat eut été aussi favorable.

La suture du cholédoque, en effet, est loin d'être indispensable, les observations rapportées ici par M. Quénu le prouvent, et il est très intéressant de le constater. Mais il ne faudrait pas peut-être tomber dans l'excès contraire et refuser à la suture les avantages qu'elle peut avoir dans certains cas. Sans doute, nous avons le plus souvent de très bonnes raisons de ne pas faire la suture : elle est dans certains cas absolument impossible, on ne voit rien, on opère au milieu d'adhérences considérables et on aurait beaucoup de peine à faire une suture convenable, et c'est déjà une première raison. De plus, il faut drainer les voies biliaires infectées, et la

brèche du cholédoque est un drainage tout trouvé, lorsque la vésicule n'est pas ouverte, et c'est une deuxième raison ; et comme c'est ainsi que les choses se présentent le plus souvent, dans les quelques cholédocotomies que j'ai faites j'ai toujours laissé la brèche ouverte et je n'ai jamais eu à le regretter.

Mais lorsque les circonstances sont autres, lorsque la vésicule déjà ouverte constitue déjà une voie établie de drainage, lorsque l'accès du cholédoque est facile et qu'on a le canal dans la main, je ne vois pas pourquoi on ne ferait pas pour le cholédoque ce qu'on ferait pour tout autre conduit canaliculé, et je ne vois aucune raison de ne pas faire la suture. Et peut-être que la suture dans ces conditions est capable de guérir beaucoup plus rapidement.

J'en ai eu la preuve chez une malade que j'ai observée récemment, et chez laquelle la suture du cholédoque m'a donné un très rapide succès.

Une malade de trente ans avait une fistule biliaire ; opérée l'année dernière en pleine crise de cholécystite aiguë ; elle avait conservé à la suite de cette opération, au cours de laquelle un grand nombre de calculs vésiculaires avaient été enlevés, une fistule biliaire. Les matières étaient absolument décolorées ; il n'y avait pas trace d'ictère, mais la totalité de la bile s'échappait par la fistule. La malade n'éprouvait aucune douleur, mais elle s'amaigrissait beaucoup, et au bout d'un an avait considérablement perdu de ses forces.

Malgré l'absence d'ictère et de douleurs, j'aurais volontiers affirmé en présence de la fistule l'oblitération calculeuse du canal cholédoque, si une seconde opération faite quelques mois auparavant n'avait, paraît-il, démontré la perméabilité parfaite des voies biliaires.

J'opérai cette malade le 20 mars dernier, espérant trouver un calcul du cholédoque, et, en effet, immédiatement au-dessus du duodénum, je rencontrai une induration nette dans le conduit. Il n'y avait pas d'adhérences, le conduit était facilement accessible ; je l'incisai, j'enlevai un gros et un petit calcul, je m'assurai par le cathétérisme que la terminaison du cholédoque était libre, et je fis la suture du cholédoque avec trois points séparés. Je réséquai une partie de la vésicule déjà ouverte, suturai le reste à la peau, et laissai au devant du cholédoque un drain qui fut retiré au bout de deux jours et ne donna aucun liquide. Pendant huit jours, la fistule vésiculaire donna encore de la bile, mais le neuvième jour exactement la plaie était totalement fermée, et, depuis lors, il ne s'écoula par la plaie aucun liquide suspect, de sorte que cette malade a pu quitter la maison de santé dans le délai de trois semaines. La fistule durait depuis un an exactement.

Je ne crois pas que sans la suture du cholédoque j'aurais eu un succès aussi rapide.

M. Quénu rapportait l'autre jour des faits qui montrent la rapide fermeture du cholédoque non suturé, mais la terminaison n'est pas toujours aussi rapidement favorable, et dans certaines observations la fistule a duré beaucoup plus longtemps.

Je crois donc que, dans certains cas, la suture du cholédoque sans avoir d'inconvénients peut présenter quelques avantages; elle a des indications qui sont pour moi accès facile, perméabilité certaine du cholédoque et drainage vésiculaire assuré par une fistule préalable.

M. Schwartz. — Le rapport de notre collègue Guinard sur une observation de cholédocotomie par le docteur Ardouin (de Cherbourg) a insisté sur deux points principalement : 1° la difficulté de reconnaître les calculs du cholédoque; 2° la nécessité, au point de vue opératoire, de ne pas fermer le cholédoque, mais de le drainer en faisant la cholédocotomie sans sutures, préconisée dès 1897 par notre collègue Quénu, avant lui par Morrison en 1895 et par Kehr en 1897.

Le diagnostic de la lithiase du cholédoque est difficile souvent et nombreuses sont les erreurs commises cliniquement. Notre collègue Quénu l'a montré dans une de nos dernières séances suffisamment pour que je n'y revienne pas. Je ne suis pas tout à fait de son avis et me rapproche plus de celui de nos collègues Guinard et Routier quand ils disent que le ventre ouvert, le diagnostic entre la lithiase et les lésions qui compriment et obstruent le cholédoque (néoplasmes, inflammations chroniques de la tête du pancréas) est encore souvent entouré de grandes difficultés.

J'ai été très embarrassé dans deux cas que je vous rapporterai sommairement.

Dans le premier, il s'agissait d'une dame de soixante-neuf ans que j'opérai en 1898. Elle avait eu sa première colique hépatique trois ans auparavant, puis des crises successives suivies de léger ictère; tout cela s'était amendé à la suite d'une saison à Vichy, puis les crises de coliques étaient revenues avec des signes d'angiocholite et un ictère presque persistant, avec amaigrissement progressif.

Le foie était difficile à palper, étant donné qu'il s'agissait d'une malade qui pesait près de 100 kilogrammes; toutefois on percevait une douleur nettement localisée au niveau de la vésicule biliaire et au niveau de l'épigastre.

La malade dépérissant de plus en plus, l'intervention que je

proposai fut acceptée. J'avais porté le diagnostic de lithiase profonde avec angiocholécystite calculeuse. L'opération fut pratiquée avec l'aide de mon collègue et ami Michaux. Je fis la laparotomie latérale à travers un pannicule graisseux de 5 centimètres environ ; je trouvai la vésicule sous le foie, avec des lésions de péricholécystite ; aucun calcul appréciable dans elle ni au niveau de son col, profondément au niveau du cholédoque et à la terminaison du cystique, nous trouvons un petit noyau régulier qui donne tout d'abord la sensation d'un ganglion ; cependant nous nous rendons compte que ce corps est mobile, très mobile dans une sorte de poche et qu'il s'agit véritablement d'un calcul. La région ayant été mise bien à découvert, nous incisons sur le corps étranger qui n'est autre qu'un calcul biliaire de la grosseur d'une noisette. Il est impossible de songer à refermer la plaie de la taille ; un gros drain est placé jusqu'au fond contre la section entouré de quatre mèches de gaze qui drainent largement la région sous-hépatique. Après des accidents de choc assez grave, l'opération ayant été difficile et longue chez une femme de soixante-neuf ans, encore grasse, les choses s'arrangèrent et la fistule biliaire était fermée le douzième jour.

Cette malade est depuis complètement guérie, après avoir eu encore à deux reprises au bout de trois à quatre mois de petits accès de colique hépatique. Il y a cinq ans qu'elle n'a plus eu aucune douleur. Mais par contre elle porte une éventration à l'endroit où sortaient mèche et drain. Celle-ci est d'ailleurs bien maintenue par une bonne sangle.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme adulte de quarante-trois ans, légèrement éthylique, dyspeptique depuis des années.

Le 18 décembre, après une indigestion suivie d'un gros embarras gastrique, il fut pris d'un ictère qui depuis a toujours persisté et qui est devenu de plus en plus foncé sans qu'il ait jamais eu une colique hépatique ; peu à peu se forme au niveau de l'hypocondre droit une tumeur rénitente, fluctuante qu'il est facile de reconnaître pour la vésicule biliaire très distendue ; il est facile de la refouler, elle reprend aussitôt sa position vers la paroi abdominale antérieure ; le malade n'a pas de fièvre, mais une anorexie absolue et un amaigrissement rapide. Les urines sont franchement ictériques ; les selles sont décolorées ; quelquefois elles se colorent pour se décolorer de nouveau ensuite, indiquant ainsi une obstruction incomplète ; en quatre mois l'amaigrissement est tel que le malade de 175 livres qu'il pesait ne pèse plus que 140. J'avoue que le diagnostic me parut très épineux ; d'un côté l'énorme distension de la vésicule, l'amaigrissement rapide,

l'absence de coliques hépatiques me [faisaient pencher vers un néoplasme de la tête du pancréas comprimant le cholédoque; d'un autre côté, le passage temporaire de la bile dans l'intestin, colorant les matières par moments, était plutôt en faveur d'un calcul. Je proposai une laparotomie exploratrice qui devait être suivie d'une intervention curatrice ou palliative suivant ce que l'on trouverait.

Opération le 18 avril 1901. Laparotomie latérale droite. Enorme vésicule biliaire; il me faut la vider pour pouvoir facilement ensuite explorer la face inférieure du foie et les voies biliaires profondes. Il s'en écoule par la ponction et l'aspiration environ un litre de bile verte, épaisse; fermeture par une pince. Exploration du cholédoque et du cystique sans résultat; par contre on trouve la tête du pancréas augmentée de volume et indurée au niveau de l'endroit où passe le cholédoque. Il m'est très difficile d'affirmer la lésion; est-ce un néoplasme? est-ce une inflammation chronique? Pas de ganglions appréciables: la palpation me fait rejeter l'idée d'un calcul enclavé dans la portion intraglandulaire du cholédoque. Je penche plutôt pour le néoplasme et établis une fistule biliaire vésiculaire en pratiquant une cholécystostomie avec fixation dernière.

Suites excellentes; mais la fistule persiste, rien ne passe par l'intestin. La fistule persistait encore au bout d'un an, l'état général étant redevenu tellement bon que X... peut vaquer à ses affaires, voire même chasser, grâce à un appareil simple qui lui permet de recueillir facilement la bile qui s'écoule de la fistule; je repoussai peu à peu l'idée de néoplasme malin pour admettre plutôt celle d'inflammation, de pancréatite chronique avec oblitération du cholédoque. Je conseillai au malade de se débarrasser de sa fistule par une cholécysentérostomie. Notre maître Terrier qui le vit lui donna le même conseil. Malheureusement il ne fut pas suivi; on le soumit en décembre dernier à des injections hypodermiques de calomel, avec l'idée qu'il s'agissait peut-être de lésions syphilitiques.

Il fut pris en janvier 1903 d'accidents graves de cholémie et succomba rapidement après des hémorragies profuses et incoercibles par la fistule biliaire.

Il est vraiment des cas où il est difficile de se prononcer et j'ai l'arrière-pensée, malgré tout, qu'il y avait peut-être là un calcul qui a échappé à mes recherches, malgré leur répétition et leur minutie. Je suis de l'avis de mon collègue Routier, quand il nous dit que l'interprétation des sensations diverses qu'on éprouve en palpant directement la région de la tête du pancréas ou de l'ampoule de Vater est des plus difficiles. Il n'est pas besoin qu'il

y ait des adhérences sous-hépatiques pour qu'il en soit ainsi.

J'arrive maintenant au second point, à la cholédocotomie sans sutures. Je suis absolument d'accord avec notre collègue Quénu pour admettre que dans la très grande majorité des cas il ne faut pas suturer le cholédoque, mais draîner largement avec un gros drain et des mèches de gaze stérile. Presque toujours, en effet, il s'agit d'une bile infectée qui, lorsqu'elle coule dans l'abdomen refermé, donne lieu à des accidents graves et, comme dans notre premier cas de cholédocotomie suturée, à une péritonite rapidement mortelle. Toutefois il est des cas, comme je l'ai écrit dans mon livre sur la chirurgie du foie, où le cholédoque est facilement accessible, facilement suturable, chez des malades peu infectés, chez lesquels la suture avec un drainage de sûreté qu'on ne laissera en place que trois ou quatre jours donnera lieu à une guérison rapide sans faire courir de dangers à l'opéré. Certes ces cas sont exceptionnels, je le concède, mais ils existent, tel le suivant. Il s'agissait d'une dame de cinquante-six ans qui présentait tous les signes d'une lithiase du cholédoque avec ictère vert olive, intermittences de coloration et de décoloration des selles, sans jamais avoir eu de fièvre, ni de poussées d'angiocholite. Elle a eu en tout deux coliques hépatiques espacées de trois mois et c'est à la suite de la seconde que l'ictère persistant s'est installé!

L'opération est pratiquée en 1897. Laparotomie latérale droite. On reconnait une vésicule tendue pleine de mucus et qui ne communique plus avec les voies biliaires principales. Profondément sous le foie on sent un calcul dans le cholédoque. On branche sur la laparotomie une incision à travers le grand droit antérieur de l'abdomen de façon à aborder facilement le calcul qui est extrait après la cholédocotomie. Le canal étant facilement accessible et soulevable, je le suture par neuf fils de soie fine.

Drainage avec gros drain et mèche de gaze pour plus de sûreté. Ablation de la vésicule biliaire oblitérée au niveau du cystique. Le drain et les mèches sont enlevés au bout de six jours. Il y a eu un peu de suintement de bile les premières vingt-quatre heures, puis plus rien.

Nous tenons donc pour la grande généralité des cas pour la cholédocotomie sans sutures, ce n'est qu'exceptionnellement qu'on pourra suturer le cholédoque et alors il faudra drainer temporairement pour éviter le danger résultant de la non-étanchéité des sutures.

Quant à la cholécystostomie de décharge, pour diminuer la tension au niveau du cholédoque suturé, nous n'en sommes pas partisan.

Il est avéré que la fistule vésiculaire se ferme bien plus lentement qu'une fistule du cholédoque ou du cystique. Nous venons encore de l'éprouver tout récemment chez un malade chez qui nous avons pu refouler un calcul du cystique dans la vésicule. La cholécystotomie a permis de le retirer. La vésicule a été fixée à la paroi et la fistulisation a duré six mois environ.

M. Quénu. — Je n'ai critiqué la proposition générale de M. Guinard, relativement à la difficulté du diagnostic, une fois le ventre ouvert, que parce qu'elle était générale. J'ai mis à part les cas de périhépatite diffuse, et les cas de siège du calcul dans la portion terminale du cholédoque. Et encore, pour ces cas, est-il possible de résoudre le problème, il n'y a qu'à inciser sur l'induration; c'est ce que j'ai fait chez une malade dont l'observation est publiée dans mon mémoire sur l'exploration du cholédoque ; j'incisai, j'ouvris une petite cavité renfermant une bouillie et reconnue plus tard par le microscope composée de cellules cancéreuses. L'induration bombe-t-elle vers le duodénum, je suis d'avis d'inciser le duodénum, et, dût-on faire une cholédocotomie transduodénale, d'aboucher au besoin la plaie faite au cholédoque dilaté au-dessus de l'obstacle, si cet obstacle n'est pas un calcul. L'exemple du premier malade cité par M. Schwartz n'est pas très probant. Quel est donc la lésion qui peut donner la sensation d'un corps dur et mobile, si ce n'est un calcul?

M. Schwartz. — J'assure à mon collègue Quénu que la consistance n'a été que pour peu de chose dans le diagnostic du calcul; c'est la mobilité qui, une fois constatée, nous a permis d'affirmer qu'il s'agissait d'une concrétion biliaire.

Quant à l'incision exploratrice du pancréas, j'avoue que je n'ai pas osé la faire, ayant eu dans un cas une hémorragie très grave pour une manœuvre analogue.

M. Reclus. — A une époque déjà éloignée où nous connaissions peu et mal cette chirurgie des voies biliaires, nous avons affirmé, M. Chaput et moi, qu'il s'agissait d'un calcul du cholédoque chez une malade que nous avions laparotomisée. Je tiens à dire aujourd'hui que l'issue de la maladie démontra qu'il s'agissait d'un cancer.

Chez une autre malade que j'opérai pour une rétention biliaire, il me fut impossible de trouver dans le canal cholédoque ou le pancréas l'origine de cette rétention. Je fis la cholécysto-entérostomie. A l'autopsie de la malade, faite longtemps après par M. Cornil, il fut impossible de trouver, les pièces en main, la

cause de la rétention. Ce n'est que par l'examen histologique de la pièce que M. Cornil découvrit un cancer passé inaperçu dans l'ampoule de Vater.

M. Quénu. — Je répète n'avoir aucunement prétendu que le diagnostic de la lithiase du cholédoque fût toujours facile et même possible; j'ai dit qu'en général il était possible. C'est tout au moins ce qui résulte de mon expérience, qui porte sur dix-huit ou vingt cholédocotomies. Je me permets de faire observer à M. Reclus que son observation ne prouve pas qu'il soit difficile de diagnostiquer un calcul du cholédoque; elle prouve qu'il est difficile, et qu'il peut-être impossible, de diagnostiquer un petit cancer de l'ampoule de Vater. Mais ce n'est pas ce que nous avons à prétendre, nous, chirurgiens. Notre devoir est seulement de ne pas refermer le ventre en laissant dans les voies biliaires un calcul passé inaperçu.

Lecture.

M. Toussaint, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes, lit une *Note sur l'hémo-pelvis, suite de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval.*

Ce travail est renvoyé à une Commission, dont M. Schwartz est nommé rapporteur.

Présentations de malades.

Double pied bot congénital chez un homme de vingt-huit ans. Opération datant de quatre ans par ablation de tous les os du tarse. Déformation extrême en varus. Marche excellente. Moules et radiographies. Importance de l'ablation partielle du calcaneum.

M. Lucas-Championnière. — Le sujet âgé de vingt-huit ans était atteint de double pied bot congénital en varus franc. C'est l'un des plus déformés que j'aie jamais vu. Tout à fait infirme, appuyé sur deux cannes, il souffrait beaucoup en marchant et ses pieds déformés étaient le siège d'énormes ulcérations.

J'ai fait l'opération sur le pied gauche le 1er juin 1899 et sur le pied droit le 19 octobre 1899. Il était donc âgé de vingt-deux ans.

Je l'ai opéré suivant ma méthode en enlevant systématiquement les os du tarse sauf le calcaneum, ou du moins en laissant une partie seulement de ce dernier os.

Du côté gauche l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien a été enlevée.

Voici les faits que quatre ans après l'opération on peut remarquer chez lui.

Au point de vue fonctionnel vous pouvez remarquer que la marche est bonne. Il marche franchement sur la plante du pied. Il marche sans douleur. Il peut courir. Il n'y a aucune tendance aux mouvements de latéralité.

Le pied est d'une solidité très satisfaisante.

Il y a pourtant une différence très marquée à l'avantage du pied droit. La difformité était pourtant la même, comme en témoignent les moules que je présente.

Le pied gauche conserve un certain degré de déformation et porte un peu plus que le droit sur le bord externe.

L'examen des radiographies vous en donnera une explication instructive.

A gauche j'ai complété mon opération par la résection du cinquième métatarsien et j'ai enlevé un tiers du calcaneum seulement.

A droite j'ai laissé l'extrémité postérieure du métatarsien en place, mais j'ai réséqué environ la moitié antérieure du calcaneum.

Or j'ai observé chez ce sujet ce que j'ai observé depuis sur un autre également extraordinairement difforme et plus difficile encore chez lequel j'ai réséqué à peu près la totalité du calcaneum.

Dans ces cas l'ablation du calcaneum ou du moins d'une portion très importante donne un résultat très satisfaisant.

Vous pouvez donc voir que si comme je l'ai dit antérieurement on peut se passer des os du tarse pour marcher, cela est juste même d'une grande partie du calcaneum.

Si ce sujet n'était très content de son sort, je pense qu'on pourrait encore rectifier le pied en attaquant le calcaneum.

Enfin l'examen de ces radiographies à longue échéance ne nous permet pas de constater la présence d'aucun noyau osseux. Le résultat est donc très satisfaisant par la solidité du pied. Mais cette solidité ne comporte aucune reproduction osseuse. C'est du reste un fait que l'on observe régulièrement après les résections osseuses qui permettent la conservation des mouvements en dépit des affirmations d'Ollier.

Avec ces radiographies prises à deux ans d'intervalle, j'aurais voulu pouvoir trouver quelque différence correspondant à la

solidité plus grande que le pied a acquise avec le temps et sans conteste possible. Je ne trouve pas de différence bien sensible.

Le sujet, qui n'a jamais eu d'appareil plâtré, qui a marché très rapidement comme je le fais toujours faire n'a jamais porté d'autre appareil orthopédique quelconque. Je viens de lui faire donner les souliers que vous voyez, bottines avec contreforts un peu durs. Quand je les lui ai fait donner, celles qu'il avait eues autrefois dans mon service étaient usées depuis longtemps et il marchait avec des savates lamentables dont il ne souffrait pas trop, car il marche bien pieds nus ainsi que je l'ai souvent montré.

M. Poirier. — J'ai déjà eu l'occasion de vous signaler le procédé par lequel je corrige la déviation dans ces cas de *varus très enroulé*. Je supprime un prisme tarsien à grand axe horizontal, à base dorsale, faisant au pied ce qu'on fait pour le *genu-valgum*. Il devient ensuite facile de rapprocher le bord externe du pied de la malléole externe, de telle sorte que l'opéré marche bien sur sa face plantaire et garde la longueur normale de son pied.

M. Lucas-Championnière. — Il m'était bien difficile de faire quelque chose de mieux aussi déformé. Je doute que la section horizontale cunéiforme dont parle M. Poirier puisse permettre un déroulement du pied suffisamment complet puisqu'il a suffi dans un de mes cas de laisser passer un peu plus du calcaneum sans que le résultat fut insuffisant.

M. Poirier. — Chez ma malade la marche se faisait avant l'opération non pas sur le bord externe du pied, mais sur la face dorsale de l'astragale.

M. Lucas-Championnière. — Je persiste à penser que pour ces cas extrêmes il faut moins chercher l'esthétique que la solidité et à cet égard le résultat est parfait.

Chéloïde de la nuque.

M. Monod présente un malade atteint de chéloïde étendue de la nuque qui date de six ans, survenue à la suite de poussées d'acné, et demande à ses collègues leur avis sur la conduite à tenir.

Ce malade âgé de vingt-neuf ans est en traitement depuis quatre ans par scarifications et cautérisations multiples et répétées à l'hôpital Saint-Louis, où le professeur Gaucher a qualifié l'affection d'acné chéloïdienne.

Fatigué de ce traitement qui n'a pas amené la guérison le malade réclame l'ablation totale de la tuméfaction. M. Monod est, pour sa part, peu disposé à le satisfaire, tant à cause de l'étendue de la chéloïde qui s'étend transversalement d'un bord de la nuque à l'autre et mesure de haut en bas de 3 à 4 centimètres — que de la facilité bien connue avec laquelle les lésions de cet ordre récidivent.

Il rappelle qu'il a déjà en 1885 (1) provoqué une discussion sur ce sujet à la Société de chirurgie, pour un petit malade dont il présente à nouveau la photographie. Les avis de la Société furent à cette époque très divers; la plupart cependant conseillèrent l'abstention; Le Fort et Lucas-Championnière seuls considérèrent que l'opération pouvait être tentée.

M Monod suivit ce dernier conseil et le malade s'en est bien trouvé, car la récidive n'a pas eu lieu.

Il est vrai qu'il s'agissait d'un jeune garçon de sept ans, la chéloïde s'était développée sur une cicatrice de brûlure et la base d'insertion de la tumeur était relativement étroite.

Le succès a été d'autant plus remarquable que la plaie d'opération ne s'était pas réunie par première intention et avait partiellement suppuré.

M. Guinard. — Je pense que si on enlève cette chéloïde au bistouri, on aura une récidive, et que par conséquent il n'y faut pas toucher. J'ai toujours vu la récidive en pareil cas. Je me rappelle en particulier un collégien qui avait au bras gauche une chéloïde du volume d'un œuf, sur une cicatrice de piqûre de guêpe, cautérisée à l'ammoniaque. M. Périer fit une ablation très large avec une suture des plus soignées; il n'y eut pas trace de suppuration, et la chéloïde reparut sur la cicatrice, plus volumineuse qu'elle n'était auparavant. C'est, je crois, ce qui arrivera si on opère le malade de M. Monod.

M. Poirier. — J'ai détruit au thermocautère, exactement comme un anthrax, une chéloïde, analogue à celle qu'on nous présente, peut-être un peu moins large; j'ai agi très largement, dépassant partout la tumeur. La plaie opératoire après la chute de l'escarre était large de quatre travers de doigt; l'opéré a guéri par une cicatrice souple et mince.

M. Sebileau. — Je conseillerai de ne pas toucher à cette chéloïde non pas parce que M. Guinard a échoué dans un cas, mais parce

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 1885, t. XI, p. 321, 324, et 716.

qu'à la périphérie de cette chéloïde je vois des boutons d'acné en pleine efflorescence.

M. Tuffier. — Chez un enfant d'une dizaine d'années, dans un cas de chéloïdes du plastron sternal, chéloïde provoquée par l'application d'acide nitrique, je trouvai deux énormes cicatrices hypertrophiques; j'en enlevai une, j'eus une récidive légère. Je fis faire alors sur la récidive et sur la chéloïde intacte la compression au moyen d'une sorte de bandage herniaire. Au bout de deux ans, mon petit malade était complètement guéri.

M. Lucas-Championnière. — Malgré la constance de la récidive, on voit quelquefois diminuer et disparaître les tendances à la récidive. J'ai vu guérir un sujet atteint de chéloïde, j'ai dû en pratiquer trois fois l'ablation. Si la lésion est apparente, je crois donc qu'on est autorisé à intervenir, qu'il y ait ou non de l'acné. En cas contraire, je partage l'avis de M. Tuffier, je fais de la compression sans toutefois avoir grande confiance dans son résultat.

Fracture comminutive ouverte du fémur.

M. Rochard. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter un jeune malade de dix-huit ans qui, en tombant dans une fosse à champignons, se fit une fracture comminutive ouverte de la cuisse droite. A son entrée à l'hôpital, il avait 38°5 de température.

La plaie petite, siégeant à la partie antérieure et moyenne de la cuisse, fut débridée afin d'être désinfectée, et plusieurs esquilles libres furent enlevées afin de pouvoir désinfecter le fond de la plaie. La plus grande de ces esquilles que je présente a 7 centimètres de longueur sur 3 cent. 1/2 de largeur.

La température tomba aussitôt à 37; la cicatrisation et la consolidation se firent régulièrement dans un simple appareil de Tillaux, à extension continue.

Aujourd'hui la consolidation est complète; le raccourcissement est environ de 3 centimètres et le jeune malade marche sans boiter, cela moins de trois mois après l'accident.

Présentations de pièces.

M. Lucas-Championnière. — *Pièces provenant d'une résection du genou pour arthrite déformante. Proportions énormes de la rotule. Corps étrangers fixes périphériques. Énorme développement des cavités condyliennes du tibia. Lésions rendant la marche impossible.*

Le jeudi 4 juin, j'ai opéré une femme de cinquante-huit ans, malade depuis dix ans, et depuis ces dernières années dans un état d'infirmité absolue.

Le genou droit d'abord douloureux s'est peu à peu déformé. La jambe s'est déviée en dehors. Aujourd'hui, elle présente un genou énorme. La jambe est déviée de telle sorte qu'en marchant, elle appuie péniblement sur le côté interne du pied. La marche est tout à fait impossible sur ce membre douloureux et dévié. Le ligament latéral interne est du reste si relâché que toute résistance est impossible de ce côté. Une amputation de cuisse paraît la seule ressource.

J'ai pensé qu'on pourrait pratiquer la résection du genou, malgré l'âge de la malade et malgré certaines mauvaises conditions de l'intervention.

A l'ouverture de l'articulation, je trouve une rotule extraordinairement élargie, comme un couvercle et amincie. Au moment où je l'enlève, il s'écoule une quantité notable de liquide de l'articulation.

On voit alors que l'articulation est constituée par des surfaces très hypertrophiées, mais affaissées en quelque sorte.

L'extrémité inférieure du fémur est énorme en largeur. En outre, dans les tissus fibreux périphériques et surtout en arrière, on trouve plusieurs noyaux durs, cartilagineux et osseux qui constituent de véritables corps étrangers fixes périphériques. L'un d'eux est du volume d'un œuf de pigeon.

Sur le fémur, les lésions remontent si haut que la section est pratiquée en pleine diaphyse.

Le plateau tibial est d'un énorme élargissement et creusé de deux cavités profondes, et le tissu fibreux périphérique est entouré de ces mêmes noyaux durs qui semblent augmenter la surface articulaire.

La section des os est assez dure.

Elle donne une surface large pour le tibia, mais étroite pour le fémur. Sutures osseuses comme de coutume.

Ces lésions articulaires sont identiques à celles que l'on trouve chez les sujets atteints de quelque trouble nerveux, chez les

ataxiques. Cependant, chez cette malade, on ne trouve rien de semblable, et il est impossible d'assigner une cause au développement de la lésion.

Cancer de l'estomac.

M. Ricard présente un cancer étendu de l'estomac, dont l'ablation a nécessité une très large résection gastrique. Lorsque la suture a été terminée, il restait du côté de l'estomac une portion en forme de croissant du calibre du pouce. C'est sur la portion terminale de cette corne qui ne présentait pas plus de 3 centimètres de diamètre qu'il fallut établir la bouche jéjunale par un procédé exceptionnel de gastro-entérostomie antérieure retrocolique.

Les suites ont été parfaites, sans troubles fonctionnels.

Tumeur épiploïque formée de vaisseaux sanguins.

M. Ricard présente un amas de vaisseaux sanguins formé de veines volumineuses dont quelques-unes atteignaient le volume du doigt; en arrière ces veines étaient doublées chacune d'une artère analogue à la radiale. Ces vaisseaux étaient absolument libres, sans tissus voisins. Leur extirpation montra qu'il s'agissait de vaisseaux épiploïques.

A la partie supérieure existaient encore quelques vestiges de la trame épiploïque.

La malade chez laquelle cette masse vasculaire fut extirpée était atteinte d'un volumineux fibro-sarcome de l'utérus avec ascite et hydrothorax droit.

M. Lucas-Championnière. — J'ai opéré une jeune femme qui présentait un petit kyste de l'ovaire et une énorme ascite inexplicable par la présence de ce kyste. Je trouvai un énorme épiploon constitué entièrement par un tissu érectile et d'énormes vaisseaux. J'en fis la résection.

M. Peyrot. — Il n'est pas très rare de rencontrer l'épiploon réduit à un véritable squelette vasculaire avec développement considérable des vaisseaux.

M. Terrier. — La présence de ces gros vaisseaux dans l'épiploon présente ici un certain intérêt. L'opération de M. Cham-

pionnière qui a guéri une ascite avec développement considérable des vaisseaux épiploïques est peut-être une opération de Talma sans le vouloir, et c'est un fait que la guérison obtenue plaiderait en faveur de cette hypothèse. Second fait intéressant, c'est que la piqûre d'un de ces gros vaisseaux distendus peut provoquer une hémorragie mortelle.

M. Lucas-Championnière. — Dans mon cas, je n'ai pas anastomosé les vaisseaux de l'épiploon avec la paroi abdominale comme on le fait dans l'opération de Talma. Je les ai liés par une ligature en chaîne.

Kyste hydatique dans une épiplocèle.

M. Reclus. — Il s'agit d'une grosse hernie inguinale très ancienne ayant peu à peu augmenté de volume. Depuis longtemps partiellement irréductible elle restait à demeure dans les bourses.

Jeudi 4 juin, le malade fit un effort violent en tirant un cordage; il en ressentit une légère douleur, mais la hernie n'augmentant pas immédiatement de volume, elle mit deux jours pour devenir telle qu'elle était à l'entrée du malade.

Le malade n'en souffrait pas, il s'était seulement alité quelques jours, ayant pris la résolution de se faire opérer.

Il entre le mardi 9 juin à l'hôpital.

A son entrée on observe une hernie volumineuse du côté droit. On n'arrive pas malgré les pressions à faire diminuer beaucoup son volume, elle est en grande partie irréductible.

D'ailleurs, état général excellent, pas de température.

Opération le lundi 15 juin. Anesthésie générale au chloroforme, incision des parties superficielles. On arrive facilement sur un sac volumineux, qui en bas touche à la vaginale, mais ne communique pas avec elle, on luxe le sac hors de sa loge, le testicule vient avec. Le sac ouvert, une quantité assez considérable de liquide citrin s'en échappe, le sac contient une masse abondante d'épiploon qui est attiré et étalé au dehors.

C'est alors qu'on constate au milieu de la masse épiploïque une vésicule de kyste hydatique à peu près du volume d'une grosse noix; d'ailleurs la vésicule est déchirée, ses parois pendent en lambeaux, et son volume n'est appréciable que par la portion de la coque qui adhère à l'épiploon.

L'épiploon est réséqué et lié; le sac est disséqué, lié et sectionné, puis rentré dans le ventre.

On termine par un Bassini. Suites opératoires normales.

Le kyste hydatique a été découvert par hasard; interrogé ensuite à ce sujet, l'opéré nous dit avoir toujours été en santé parfaite depuis bien longtemps; très vigoureux, il est doué d'un appétit excellent.

Il exerce la profession de boucher.

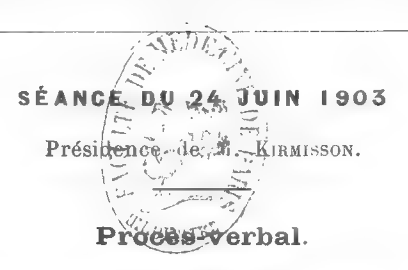
M. Tuffier. — Puisque nous sommes sur le terrain des altérations de l'épiploon, j'en profite pour vous signaler le fait suivant : Chez une femme opérée par Keberlé, plusieurs années auparavant d'un kyste de l'ovaire j'ai trouvé, le 17 janvier 1893 alors que j'étais assistant à l'hôpital Beaujon, un kyste volumineux en plein épiploon. Ce kyste contenait un liquide citrin et l'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire. Evidemment il y avait eu greffe des cellules du kyste au moment de la première opération.

M. Hartmann. — J'ai observé un cas absolument identique.

Le Secrétaire annuel,

Tuffier.

Paris. — L Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 24 JUIN 1903

Présidence de M. KIRMISSON.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2° Un travail de M. LAFOURCADE (de Bayonne), intitulé : *Double fracture verticale du bassin. — Rupture intra-péritonéale de la vessie. — Laparotomie cinquante-six heures après l'accident. — Guérison.* — Le travail de M. LAFOURCADE est renvoyé à une Commission dont M. BAZY est nommé rapporteur.

3° Un travail de M. PFIHL, médecin de la marine, intitulé : *Appendicite opérée. — Mort subite par hématémèse suite d'ulcère rond de l'estomac.* — Le travail de M. PFIHL est renvoyé à une Commission dont M. ROCHARD est nommé rapporteur.

Décès de M. Gérard Marchant.

M. LE PRÉSIDENT prononce l'allocution suivante :

Mes chers collègues,

En apprenant la mort de Gérard Marchant, nous avons été littéralement atterrés. Quoi! hier encore, il était au milieu de nous, en apparence plein de vie et de santé, et nous ne devons plus le revoir! Pour ma part, j'ai peine encore à me faire à cette idée, tant était grande la place qu'il occupait au milieu de nous. Cette place, il la devait à la grande bonté de son cœur, à l'aménité de son caractère, au charme de ses relations que relevait un esprit enjoué, sans jamais l'ombre de méchanceté. Mais il la devait aussi à sa haute valeur scientifique et chirurgicale. Il était un des membres les plus assidus de notre Société, il prenait une part active à nos discussions; et, soit qu'il s'agît de questions de pathologie chirurgicale, comme les ruptures de l'artère méningée moyenne, ou les kystes dermoïdes du plancher de la bouche, soit qu'il s'oc-

cupât de médecine opératoire, à propos de l'extirpation du ganglion de Gasser ou de la cure des prolapsus du rectum, il a laissé des traces durables de son activité scientifique.

Mais ce n'est pas ici le moment d'analyser son œuvre, nous devons nous abandonner tout entiers aujourd'hui au chagrin que nous cause la disparition de cet excellent collègue, de cet ami parfaitement bon, et si digne d'être aimé. Je suis certain, Messieurs, d'être l'interprète fidèle de vos sentiments, en envoyant à la famille de notre regretté collègue l'expression de notre bien vive et bien sympathique condoléance.

D'accord avec la grande majorité de nos collègues, le bureau a décidé de lever la séance en signe de deuil.

Présentations de malades.

Tuberculose supposée du rein.

M. Bazy présente un malade qui avait été considéré comme atteint de tuberculose du rein.

Ulcère de l'estomac.

M. Tuffier, en son nom et au nom de M. Guibal (de Béziers), présente une malade guérie d'une perforation d'un ulcère de l'estomac, avec épanchement alimentaire dans l'abdomen. La malade avait été opérée 9 heures après la perforation.

Fracture de cuisse traitée par un appareil de marche.

M. Pierre Delbet. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter guéri le malade atteint de fracture de cuisse que je vous ai amené, il y a quelque temps, lorsqu'il avait son appareil de marche. Il est aujourd'hui consolidé.

Voici les radiographies qui ont été faites, l'une avant la réduction, l'autre après la consolidation. Sur la première vous voyez un chevauchement des deux fragments, chevauchement qui est de 4 centimètres; vous voyez que même dans la partie où ils chevauchent les fragments ne sont pas en contact; vous voyez enfin qu'il existe un déplacement angulaire. Actuellement la consolidation est bonne, l'axe est correct. Au point de vue du chevauchement, la radiographie n'est pas nette, mais M. Infroy m'a affirmé que les deux fragments étaient bout à bout.

M. Tuffier. — Je demande à M. Delbet une radiographie de face et de profil après la réduction, afin de savoir si, comme je le

crois, le déplacement est le même après et avant les tentatives de réduction.

M. Delbet. — Je fournirai ces radiographies.

Présentations de pièces.

Myxome du membre supérieur et radiographie.

M. Potherat. — La radiographie que je vous présente vous montre un membre supérieur portant une très volumineuse tumeur (elle avait le volume d'une tête d'adulte) se manifestant sur l'image par une large tache très noire, à contours régulièrement arrondis. Cette tache entoure le coude en entier. En examinant la radiographie, on constate l'intégrité complète du squelette du bras, de l'avant-bras et du coude. Il semble donc bien que la tumeur faisait tout le tour du coude. Or, en réalité, l'examen du malade montrait que la tumeur était développée uniquement au côté externe du membre. Elle remontait jusqu'au milieu du bras d'une part, jusqu'au-dessous de l'avant-bras d'autre part ; mais en arrière, elle ne dépassait pas l'axe passant par l'olécrane; en avant, elle n'atteignait pas la gouttière vasculo-nerveuse. Il y a donc là un nouvel exemple de l'erreur dans laquelle peut faire tomber la radiographie si l'on ne tient pas le plus grand compte des renseignements fournis par la clinique. C'était le premier point que je voulais signaler.

L'ombre complète projetée par cette tumeur rappelle absolument celle fournie par les tumeurs d'origine osseuse ou périostique; et le squelette se montrant ici intact, on serait en droit de conclure qu'il s'agit d'une tumeur périostique, en l'espèce un sarcome.

D'autre part, l'examen direct du malade montrait une tumeur lisse, résistante, rénitente, bien limitée. Cela ressemblait en tous points à un sarcome, bien qu'en aucun point il n'y eût de crépitation osseuse. J'ajoute qu'il n'y avait aucune adénopathie axillaire.

En somme, l'ensemble des signes conduisait forcément au diagnostic de sarcome d'origine périostique; si bien que ce diagnostic avait été porté par tous ceux qui avaient examiné ce malade. Et comme intervention, on avait proposé la désarticulation de l'épaule. La famille considérant l'âge avancé du malade, soixante-seize ans, ne voulut pas accéder à cette grave intervention, et on me demanda de faire une opération conservatrice. Cette opération me parut possible, je la pratiquai, et j'eus la

grande surprise et la satisfaction de trouver une tumeur bien encapsulée, facilement énucléable, et de constater, en outre, qu'il s'agissait d'un *myxome*, sans aucun alliage d'un autre tissu. De sorte que le malade put guérir complètement en quelques jours, et que l'avenir se présente sous des auspices favorables.

De cette observation, il résulte donc ce fait que je voulais mettre en relief, qu'une tumeur à tissu mou, homogène, sans mélange d'aucun tissu organisé, peut intercepter les rayons Rœntgen. Il m'a paru bon de faire connaître ce point.

J'ajoute en terminant que la tumeur était développée dans le tissu sous-cutané, entre la peau et l'aponévrose, avec un prolongement au milieu des muscles épicondyliens.

Dégénérescence des fibromes utérins.

M. Potherat. — J'ai eu l'occasion d'apporter ici de multiples exemples des divers modes de dégénérescence des fibromes utérins. C'est pour poursuivre cette série que je vous apporte aujourd'hui deux autres faits.

Dans l'un, il s'agit d'un petit utérus recouvert d'une grappe de fibromes multiples, sous-péritonéaux, pédiculés et intraligamenteux, variant du volume d'une noisette à celui d'une grosse orange. L'un de ces fibromes sous-péritonéaux présente une coque calcaire complète, englobant du tissu fibromateux en voie de sphacèle. Dans un autre fibrome, la dégénérescence calcaire est disposée en îlots, au lieu de former une coque continue.

Dans le second fait, il s'agit d'un fibrome unique interstitiel du volume d'une tête de fœtus, qui présente une disposition macroscopique curieuse : Sur la coupe, on voit une mosaïque véritable, constituée par des îlots d'un tissu dense, séparés par des espaces plus lâches. Ces îlots sont réguliers ; le tout rappelle l'aspect d'un foie muscade. La plupart de ces îlots sont compacts ; un certain nombre ont subi la dégénérescence kystique et se présentent sous l'aspect d'une cupule à contenu séreux. C'est une modalité anatomique un peu particulière ; voilà pourquoi je vous l'ai signalée.

M. Ombredanne présente un appareil pour l'administration de l'éther et du chloroforme. — M. Nélaton, rapporteur.

Le Secrétaire annuel,

Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 1er JUILLET 1903

Présidence de M. Kirmisson.

[library stamp]

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Deux tirés à part du travail communiqué en 1900, au Congrès d'Amsterdam, par le Dr Duret (de Lille) sous le titre suivant : « *De quelques modes opératoires particuliers dans le traitement des fibromes utérins* ».

3°. — Un travail de M. le Dr Henri Brin, intitulé : *Gastro-entérostomie dans les périgastrites.* Le travail de M. Henri Brin est renvoyé à une commission dont M. Quénu est nommé rapporteur.

4°. — Un travail de M. le Dr Szczypiarski (de Mont-Saint-Martin) intitulé : *Cure rapide des brûlures occasionnées par des fils métalliques incandescents.* Le travail de M. Szczypiarski est renvoyé à une commission dont M. Lejars est nommé rapporteur.

Lecture.

Sur un cas de diabète insipide guéri par une intervention chirurgicale (*Néphropexie*) (1),

par le Dr PIERRE HÉRESCO (de Bucarest),

membre correspondant de la Société de Chirurgie.

J'ai l'honneur de présenter à la Société l'observation d'un malade atteint de diabète insipide et guéri par une intervention,

(1) Travail lu par le secrétaire général.

sur la nature de laquelle je ne puis être très précis, car dans l'acte opératoire plusieurs éléments étaient en jeu.

Comme la pathogénie du syndrome connu sous le nom de diabète insipide nous est totalement inconnue; comme d'autre part notre malade présentait une douleur dans le flanc gauche et une ptose du rein correspondant, nous nous sommes dit qu'une néphropexie ferait peut-être disparaître la douleur; mais nous nous sommes dit aussi, qu'avant la néphropexie, nous allions malaxer le plexus rénal, de même que la capsule surrénale, et nous avons pensé que le traumatisme déterminé sur le plexus nerveux rénal, sur la capsule surrénale et par la néphropexie, guérirait le malade de son diabète insipide.

Le résultat tout à fait remarquable a dépassé notre attente et a été constaté immédiatement après l'opération. De 12 ou 14 litres qu'il buvait par jour, il n'a bu que 1 lit. 1/2 le jour de l'opération, de même qu'au lieu d'une quantité adéquate d'urine, son urine des vingt-quatre heures qui ont suivi l'intervention n'a été que de 1.000 grammes. Mais à quoi est-il dû cet excellent résultat? est-ce à la néphropexie. Est-ce au fait d'avoir traumatisé le plexus rénal en le serrant entre les doigts, ou la capsule surrénale?

Je me garderai bien de préciser.

Il m'a semblé que ce cas extraordinaire, puisque je n'ai pas connaissance d'une tentative pareille, méritait d'être présenté à la Société.

M. G...,quinze ans, est entré dans mon service des voies urinaires de l'hôpital Filantropia, le 15 avril 1903.

Son père est mort, il y a huit ans, à la suite d'une anurie complète. Sa mère est bien portante.

Dans son enfance il a eu la fièvre typhoïde et la variole. Depuis l'âge de dix ans, il s'est très bien porté jusqu'il y a deux mois, lorsqu'a débuté sa maladie actuelle.

En voulant soulever un poids de 100 kilogrammes, il a ressenti une vive douleur dans l'hypocondre gauche. Depuis lors il a toujours souffert du côté gauche : hypocondre et flanc correspondant.

Le même jour il a observé qu'il était sollicité d'uriner plus souvent, 10-12 fois le jour et 1-2 fois la nuit. Cette fréquence s'est accentuée depuis.

La soif est devenue très grande, et le malade était forcé de boire de grandes quantités d'eau.

Il urinait beaucoup, 12-14-15 litres par jour. Pas de douleurs à la miction.

Il y a un mois il a eu quelques petites hématuries terminales pendant cinq jours.

Son état général est bon. Rien à noter dans les organes thoraciques

ou abdominaux, sauf la douleur dans le flanc gauche avec des irradiations dans la cuisse gauche sur le trajet du sciatique.

Constipation opiniâtre.

Au point de vue urinaire :

a) Fréquence des mictions; 12-15 fois le jour, 1-2 fois la nuit;

b) Polyurie, 12-13 litres dans les vingt-quatre heures; cette polyurie a été notée journellement pendant les dix jours qui ont précédé l'intervention;

c) Une légère brûlure dans le canal de l'urètre surtout à la fin des mictions; miction facile, jet normal;

d) Pas d'hématurie (pendant son séjour à l'hôpital).

L'examen physique montre : le canal de l'urètre libre, — la prostate normale — la vessie a une capacité à la tension de 220 grammes; le rein droit n'est pas senti, le gauche est abaissé. La douleur que le malade ressent habituellement dans le flanc gauche est exagérée par la pression.

Les urines sont limpides.

L'examen chimique et microscopique fait le 19 avril, par le Dr Robin, chef du laboratoire, sur 12 litres 400 grammes envoyés : Urine très pâle, presque incolore; sédiment inappréciable, faiblement acide, densité, 1,002 à + 15 C.; urée 1 gramme 27 p. 1000; chlorures 1 gramme p. 1000; acide phosphorique 0 gr. 07 p. 1000; traces d'indican; pas d'albumine; pas de glycose ni pigments biliaires. Des éléments figurés (épithéliums pavimenteux) très rares.

Le malade avait été dans un service de médecine pendant trois semaines où il avait été énergiquement traité; dans mon service, pendant les dix jours qui ont précédé l'opération, je lui ai donné tout ce qu'on prescrit en pareil cas; mais ni l'extrait de valériane ni le bromure ou autres calmants employés d'usage n'ont en rien modifié la polyurie et la polydipsie du malade

Après l'avoir observé et constaté, pendant dix jours, que sa quantité d'urine était de 12-13 litres dans les vingt-quatre heures, j'ai décidé d'intervenir.

L'opération eut lieu le 26 avril. Incision lombaire, la douzième côte longue; les tissus saignaient beaucoup, et ont continué à saigner pendant l'opération.

Le rein gauche était abaissé, la capsule surrénale correspondante un peu augmentée de volume. Après l'avoir examiné et serré entre les doigts le plexus rénal, je fixe le rein selon le procédé de mon maître, le professeur Guyon, avec trois fils de catgut n° 4, dont le supérieur passait au-dessus de la douzième côte. Les deux inférieurs à travers les muscles. Les muscles sont suturés au catgut, la peau au crin de Florence.

Le lendemain matin 27 avril, à la visite matinale nous constatons 1.000 grammes d'urine jaune rougeâtre; pas de vomissements, quelques douleurs du côté opéré. Il n'a bu que 1 lit. 1/2 d'eau; t. 37°2, p. 80.

28 *avril*. — Urine, 900 grammes. T. 37°, p. 84. Le malade n'a bu que 1 lit. 1/2 d'eau et du lait.

29 *avril*. — Urine totale 650 grammes, foncée. Le malade n'accuse

plus de douleur du côté opéré. Comme toute boisson 1 litre 1/2 de lait. T. 37, p. 80.

30 *avril.* — Urine totale, 550 grammes.

1er *mai.* — Urine, 750 grammes. Le malade demande à manger. On lui donne du poulet.

2 *mai.* — Urine, 1.000 grammes.

3 *mai.* — Urine, 1.000 grammes. L'examen chimique :

D : 1,023; urée, 27 gr. 48; chlorures, 6 grammes; acide phosphorique, 2 gr. 27; indican, traces; pas d'albumines, pas de sucre, ni pigments biliaires. L'examen microscopique décèle des mucosités, quelques cellules épithéliale pavimenteuses, très rares leucocytes.

4 *mai.* — Urine, 1.000 grammes.

5 *mai.* — Idem.

6 *mai.* — Urine, 800 grammes. On enlève les fils, réunion *per primam.*

Les jours suivants jusqu'au 23 mai, jour de sa sortie de l'hôpital, l'urine a été de 800 et 1.000 grammes par vingt-quatre heures; une seule fois elle a atteint le chiffre de 1.200 grammes.

La soif a diminué également, car après l'opération il ne buvait qu'un litre 1/2 à 2 litres dans les vingt-quatre heures.

J'ai revu le malade le 2 juin (36 jours après l'opération); son bon état se maintenait.

Tel est ce cas peu commun. Sans vouloir tirer plus de conséquences qu'il ne comporte, nous affirmons l'avoir guéri pendant plus d'un mois. La guérison se maintiendra-t-elle? L'avenir nous le dira, car nous observerons ce malade. Une chose est frappante dans cette observation : c'est la cessation brusque de la polyurie et de la polydipsie à la suite de l'intervention opératoire.

Nous ne pouvons, certes, que faire des hypothèses, concernant le mécanisme de la guérison, et nous nous garderons d'affirmer que c'est le traumatisme sur le rein ou la néphropexie, ou que la guérison ait été obtenue grâce à la modification vasculaire ou nerveuse ou au traumatisme de la capsule surrénale.

Nous avons obtenu la guérison d'un cas de ce qu'on appelle le diabète insipide, et en le signalant à la Société, nous espérons attirer l'attention des chirurgiens et des médecins pour chercher la guérison du diabète insipide dans cette voie.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Hennequin. — Il y a quelque temps M. Delbet nous a présenté un jeune homme, un adolescent, très grand, très vigoureux, énergique ayant toutes les apparences d'une santé florissante. Atteint d'une fracture très simple (dite en rave) du fémur gauche,

vers sa partie moyenne, il fut traité par un appareil de marche en plâtre comprenant tout le membre inférieur et le bassin remontant jusqu'à la base du thorax, immobilisant, par conséquent, les articulations du pied, du genou, de la hanche et de la colonne lombaire pendant près de deux mois, ce qui ne serait pas sans inconvénient chez un sujet plus âgé.

Ce blessé nous fut représenté ensuite débarrassé de son appareil, marchant sans tuteur avec une claudication modérée, mais avec une inclinaison apparente du bassin vers le côté malade. En même temps, M. Delbet nous mettait sous les yeux deux radiographies sur lesquelles on voyait les fragments superposés dans le plan antéro-postérieur de la cuisse, le supérieur en avant, l'inférieur en arrière. Et bien que l'extrémité supérieure de l'inférieur fût masquée en partie par le supérieur, il était évident qu'elle remontait à une certaine distance du trait de fracture. En un mot il existait un chevauchement. Sur l'affirmation de l'auteur des radiographies, que les fragments étaient bout à bout, M. Delbet nous présenta ce jeune homme comme guéri sans raccourcissement, et par conséquent, comme un beau succès des appareils de marche. Je fis alors coucher le blessé sur un lit et après avoir amené les deux épines iliaques antéro-supérieures sur une ligne droite perpendiculaire à l'axe du corps, après avoir placé les membres inférieurs en rectitude à égale distance de cet axe et au même degré de rotation, je procédai à la mensuration en prenant pour points de repère les épines iliaques antéro-supérieures et les interlignes articulaires des genoux ;

Du côté blessé je trouvai	48 centimètres.
Du côté sain —	53 —

Différence : 5 centimètres.

Un peu surpris, je recommençai cette petite opération, en prenant toutes les précautions pour éviter les causes d'erreur ; elle me donna des chiffres identiques.

Eh bien, étant donnés les moyens scientifiques qui sont maintenant à notre disposition et les conditions si favorables, presque idéales, dans lesquelles se présentait cette fracture du fémur, je puis considérer comme plus que médiocre le résultat obtenu, résultat acquis, définitif, qui dans la suite, ne pourrait devenir que plus défecteux.

Les appareils contentifs sont jugés depuis longtemps, et les appareils de marche, outre leur impuissance à maintenir des fragments profondément situés, favorisent leur chevauchement.

N'est-ce pas compromettre un résultat certain en vue d'un avantage précaire (la marche prématurée, sans profit) puisque le

blessé ne reprendra pas plus tôt ses occupations? Il ne faut pas croire que les appareils de marche permettent de marcher à tous ceux qui les portent, tant s'en faut, car une force de volonté et un certain courage sont nécessaires pour affronter les dangers que les blessés pressentent et redoutent.

A propos du traitement de l'anus contre nature.

M. J.-L. Faure. — J'ai opéré l'année dernière une malade qui présentait un anus contre nature des plus compliqués, et l'histoire de son opération me paraît assez instructive pour devoir vous être communiquée.

Voici d'abord l'observation :

Mme P..., vingt-huit ans, journalière. Il y a six ans, en 1897, cette malade a subi une hystérectomie abdominale pour des lésions annexielles. Elle a présenté consécutivement une fistule stercorale siégeant à la partie supérieure de la cicatrice, un peu au-dessous de l'ombilic. Deux ans après, une première tentative de fermeture de cette fistule échoua complètement. Il y a environ six mois, des phénomènes inflammatoires éclatèrent au niveau de la fistule. Un véritable phlegmon se développa, qui s'ouvrit spontanément à l'extérieur, et la malade sortit de cette aventure avec des lésions beaucoup plus étendues et beaucoup plus compliquées.

Au moment où je l'observe voici quelle est exactement la situation :

Sur la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic, est un véritable cloaque dans lequel un examen attentif permet de reconnaître quatre orifices intestinaux, deux supérieurs situés à 3 ou 4 centimètres l'un de l'autre sur une même ligne horizontale, et deux inférieurs situés immédiatement au-dessous des deux premiers sur une ligne également horizontale, parallèle à la première. Au niveau de tous ces orifices, la muqueuse intestinale fait hernie au dehors.

La totalité des matières intestinales sort à l'extérieur par l'orifice supérieur droit. Rien ne rentre dans l'intestin par les autres orifices qui donnent simplement issue à quelques mucosités, et les fonctions du gros intestin sont complètement supprimées.

Les matières intestinales qui sortent par l'orifice supérieur droit sont très fluides et fortement mélangées de bile. Il n'y a aucun doute sur la partie de l'intestin intéressée. Il s'agit de l'intestin grêle. Une injection d'eau poussée par l'orifice supérieur gauche ressort bientôt par l'orifice inférieur du même côté. De même, une injection poussée par l'orifice inférieur droit pénètre dans le gros intestin et est bientôt expulsée par l'anus.

Il est facile, dans ces conditions, de se rendre exactement compte

de la disposition approximative des anses intestinales : en haut et à droite arrive le bout supérieur de l'intestin grêle. Entre les deux orifices de gauche est une anse qui ne prend aucune part à la circulation intestinale, et l'orifice inférieur droit conduit dans le bout inférieur de l'intestin, qui se continue jusqu'à la valvule iléo-cæcale et dans lequel ne passe rien. Le schéma ci-dessous en donne une idée fort claire (fig. 1).

Toute la peau de la région est irritée et pleine d'excoriations. Malgré tout, l'état général est bon, la malade est grasse, et la nutrition se fait bien.

L'opération eut lieu le 7 avril 1902.

L'orifice extérieur du cloaque est fermé tant bien que mal par un fil



Fig. 1. — Demi-schématique : O, ombilic.

Montre la disposition des anses afférente, efférente et intermédiaire.

de soie en bourse, et circonscrit par une incision qui pénètre dans la cavité abdominale. Les anses sont d'ailleurs agglutinées et assez difficiles à séparer les unes des autres.

Je commence par me reconnaître et par isoler les deux segments intestinaux. Le bout supérieur de l'intestin grêle est reconnu et repéré, puis l'anse intermédiaire aux deux orifices de gauche est également reconnue et isolée. Elle a environ 60 à 80 centimètres de longueur. Enfin le bout inférieur est isolé. C'est l'extrémité inférieure de l'iléon. Sa longueur jusqu'à la valvule iléo-cæcale est d'environ 50 centimètres, mais il est extrêmement rétréci, comme atrophié par l'absence de toute fonction, et je juge immédiatement que son calibre est trop étroit pour que je puisse établir entre lui et le bout supérieur de l'intestin aucune anastomose satisfaisante.

Je prends alors le parti d'aboucher le bout supérieur dans le gros intestin, le plus bas possible, de fermer le bout inférieur au point le plus favorable, de l'exclure en l'abandonnant dans le ventre, et d'extirper complètement l'anse intermédiaire.

L'anse afférente est sectionnée à quelques centimètres du point où elle s'abouche au dehors. Il en est de même de l'anse efférente. Il ne reste plus que l'anse intermédiaire fixée à la paroi abdominale par ses deux extrémités au niveau des orifices de gauche. Toutes les adhérences qui l'unissent aux anses voisines sont peu à peu détachées, et l'anse entière est extirpée, en même temps que le fragment de la paroi circonscrit par les premières incisions et les extrémités des deux anses afférente et efférente qui viennent d'être sectionnées.

L'anse efférente est alors oblitérée. Elle est liée avec un bon fil de soie près de son extrémité, et le petit moignon ainsi obtenu, et cautérisé au thermo-cautère, est enfoui sous une suture en bourse au catgut, suture renforcée elle-même par deux ou trois points séparés. L'anse intestinale ainsi exclue et s'abouchant à la valvule iléo-cæcale est constituée par la terminaison de l'iléon et a environ 40 centimètres de longueur.

Il ne reste plus qu'à aboucher l'anse afférente dans le gros intestin. Elle est oblitérée comme la première par un fil qui lie l'intestin dans toute son épaisseur — sans écrasement — et constitue ainsi un petit pédicule qui est enfoui sous une suture en bourse. Une anastomose latéro-latérale est alors établie avec l'origine du côlon ascendant sur sa face interne, à 10 centimètres environ au-dessus de l'angle iléo-cæcal (fig. 2). La vaste perte de substance de la paroi abdominale est alors refermée. La plaie est drainée.

L'opération a duré une heure et demie.

La guérison s'est faite sans incidents, et, dès le troisième jour, les selles ont régulièrement repris par l'anus. Elles sont seulement un peu fréquentes, sans doute à cause de l'intolérance du gros intestin qui a perdu l'habitude de se laisser distendre. La malade a quitté l'hôpital au bout d'un mois. Elle a malheureusement succombé le mois dernier. Son médecin, le Dr Vuillième, a bien voulu m'écrire qu'elle avait été emportée par des accidents de tuberculose pulmonaire. Elle est restée parfaitement guérie du côté de son intestin. C'est donc, au point de vue purement chirurgical, un succès durable et complet.

Voilà donc une observation dans laquelle des lésions assez complexes, puisqu'il n'y avait pas moins de quatre orifices anormaux, ont été radicalement guéries par la combinaison de diverses manœuvres opératoires. Il y a eu, en effet, en même temps qu'une large résection intestinale, une exclusion unilatérale de l'iléon.

Nous ne devons donc pas, dans des cas analogues, nous enfermer dans des formules exclusives, et la conduite à tenir dépend des lésions en présence desquelles on se trouve.

Il est évident que, dans tout anus contre nature ou toute fistule stercorale, l'idéal est de guérir l'infirmité constituée par cet orifice anormal et, par conséquent, d'oblitérer cet orifice.

Il faut d'abord faire une distinction fondamentale entre l'anus contre nature et la fistule stercorale.

L'anus contre nature est une lésion presque toujours superficielle, et l'intestin ouvert est situé immédiatement derrière la paroi abdominale à laquelle il adhère.

La fistule stercorale est au contraire, le plus souvent, une lésion profonde, et les matières qui font issue au dehors viennent ou peuvent venir de fort loin.

Il en résulte que la cure d'un anus contre nature est en général plus simple que celle d'une fistule stercorale. Les anciens procédés d'*entérotomie* et d'*autoplastie directe* y réussissent souvent, et



FIG. 2. — Demi-schématique : O, ombilic.

Les anses afférente et efférente ont été sectionnées près de leur point d'abouchement à l'extérieur et ont été fermées en bourse. L'anse afférente a été abouchée dans le côlon par anastomose latérale. L'anse efférente est abandonnée par exclusion unilatérale.

comme ils sont, en tout cas, inoffensifs, il me semble qu'on a peut-être actuellement un peu trop de tendance à les abandonner.

Pour une fistule intestinale, au contraire, cette façon de faire est le plus souvent impossible, et il est nécessaire de commencer la cure par une laparotomie, au cours de laquelle on agit suivant les circonstances.

Lorsque la fistule n'est pas trop considérable et n'intéresse qu'une faible partie de la circonférence intestinale, on pourra parfois l'*oblitérer directement*, comme dans le cas que nous a communiqué Routier et comme cela nous est sans doute arrivé à tous.

On pourra également tourner la difficulté en *abouchant la fistule dans une anse voisine*, suivant le conseil de Pauchet, et en

pratiquant, en somme, une entéro-anastomose au niveau même de la fistule. Bien que je n'aie jamais eu l'occasion d'employer personnellement cette méthode, elle me paraît, en principe, excellente, et je la crois susceptible de donner de beaux succès, même lorsque la fistule est assez large.

Mais lorsqu'il s'agit d'un anus contre nature largement ouvert ou d'une fistule avec délabrement intestinal étendu, ces procédés seront en général insuffisants.

L'opération idéale, celle qui permet de porter remède à toutes les lésions, de supprimer l'orifice cutané et de rétablir les fonctions dans leur intégrité première, c'est la *résection intestinale*, qui constitue, à mon avis, le procédé de choix.

Mais les cas sont nombreux dans lesquels elle peut, pour des causes multiples, ou paraître impossible, ou être trop dangereuse.

Dans ces conditions, nous ne sommes pas désarmés, et nous avons le choix entre plusieurs manœuvres opératoires.

En premier lieu, l'*entéro-anastomose,* destinée à conduire dans un segment intestinal, situé au-dessous de la fistule, les matières qui arrivent dans le segment supérieur.

Cette opération, qui est excellente, a cependant l'inconvénient de permettre le reflux des matières dans le segment fistulisé et de laisser persister, soit un écoulement stercoral, soit tout au moins un écoulement muqueux. Il est vrai qu'une autoplastie secondaire pourra quelquefois avoir raison de cette infirmité. Mais, outre qu'elle constitue une deuxième opération, elle sera très souvent impossible, pour peu que la fistule soit profonde.

Aussi l'*exclusion unilatérale* de l'intestin est-elle souvent supérieure à l'entéro-anastomose simple. Il en est ainsi dans les cas où l'anse intestinale à anastomoser est peu mobile, et où il est préférable, pour la commodité des sutures, de la sectionner complètement.

Il en est encore ainsi dans les cas analogues à celui de Vanverts, lorsque le contenu de l'intestin grêle peut être conduit directement dans le gros intestin, de façon à ne pouvoir refluer par l'orifice cutané. Mais encore faut-il, quelque encourageant que soit à cet égard le cas qui nous a été communiqué, que la longueur de l'intestin grêle fonctionnellement supprimé ne soit pas trop considérable.

L'exclusion unilatérale, comme l'anastomose simple, a l'inconvénient de laisser subsister un orifice cutané, d'ailleurs quelquefois susceptible d'être lui aussi oblitéré par une autoplastie secondaire.

Cet orifice cutané constitue, par contre, une infirmité permanente lorsqu'on aura été conduit à pratiquer une *exclusion bilaté-*

rale. C'est pourquoi celle-ci ne saurait être acceptée que comme pis aller, et les cas où elle peut être indiquée me paraissent devoir être de préférence traités par la *résection intestinale*.

C'est donc la *résection*, je le répète, qui, lorsqu'elle est applicable, constitue l'opération idéale. Elle peut d'ailleurs, dans certains cas, être combinée avec d'autres méthodes.

Dans l'observation que je viens de vous communiquer, j'ai eu recours à la fois à la résection intestinale et à l'exclusion unilatérale, et c'est parce que cette opération me paraît intéressante à ce point de vue que j'ai cru devoir vous en entretenir.

A propos de la lithiase biliaire.

M. Hartmann. — Au cours de la discussion qui a suivi le rapport de notre collègue Guinard, plusieurs questions ont été soulevées sur le diagnostic des calculs du cholédoque, l'indication de l'opération, la manière de la remplir.

1° Diagnostic. — Dans l'ictère catarrhal et dans la colique hépatique avec migration progressive du calcul jusque dans l'intestin, la question de l'intervention opératoire ne se pose pas, vu la courte durée de la rétention biliaire.

Le diagnostic important pour le chirurgien est celui du calcul arrêté dans le cholédoque et celui de l'obstruction biliaire de cause pancréatique, cancer de la tête du pancréas le plus souvent, pancréatite chronique scléreuse quelquefois.

Nous ne croyons pas qu'en clinique le signe de Courvoisier-Terrier, atrophie de la vésicule dans la lithiase, distension de la vésicule dans le cancer de la tête du pancréas, ait une grande importance. Généralement exacte au point de vue anatomo-pathologique, cette différence dans l'état de la vésicule perd beaucoup de son importance au point de vue diagnostic avant l'ouverture de l'abdomen, le palper de la vésicule, surtout quand le foie est hypertrophié et basculé en avant, présentant de grandes difficultés et ses dimensions ne pouvant guère être précisées. Le diagnostic peut néanmoins être posé dans le plus grand nombre des cas, en s'appuyant sur les signes suivants :

Lors de calcul du cholédoque, il y a le plus souvent *dans les antécédents des coliques hépatiques*. Nous ne parlons pas ici de la colique hépatique qui accompagne la migration du calcul et précède immédiatement son arrêt. Celle-ci n'a pas une grosse importance

et peut s'observer dans des cas d'oblitération néoplasique du cholédoque par un épithélioma siégeant au niveau de son orifice, comme nous l'avons vu ; elle est due à la contraction des voies biliaires qui luttent contre l'obstacle apporté au libre écoulement de la bile. Ce qui importe au point de vue diagnostic, ce sont, dans les antécédents, les coliques hépatiques sans ictère, souvent qualifiées du nom de crises gastralgiques, coliques qui sont la manifestation d'une lithiase vésiculaire.

Les *variations dans le degré de l'obstruction* qui est souvent incomplète, une *contracture* de défense *à la partie supérieure du grand droit*, la *longue durée de l'obstruction* sans grand retentissement général, quelquefois la constatation de *poussées fébriles*, font encore penser à un calcul du cholédoque.

Au contraire, le *développement rapide et progressif* de l'ictère, l'*obstruction absolue des voies biliaires*, l'*absence d'antécédents lithiasiques*, l'*amaigrissement rapide*, sont autant de signes qui plaident en faveur d'un cancer de la tête du pancréas. Certaines pancréatites chroniques scléreuses, surtout étudiées à l'étranger, peuvent donner lieu aux mêmes signes et même après intervention faire croire à un cancer de la tête du pancréas. Nous avons eu l'occasion d'en observer un exemple chez un malade opéré depuis plusieurs années par un de nos collègues et chez lequel la longue durée de l'affection empêchait d'admettre le diagnostic de cancer du pancréas porté au cours de l'opération qui, dans l'espèce, avait été une cholécystostomie.

Lorsqu'il existe une *ascite* notable, il y a lieu de penser à une dégénérescence cancéreuse des voies biliaires.

En pratique, le diagnostic ne peut toutefois pas être posé, dans tous les cas, avec la netteté que nous venons d'indiquer ; car il peut y avoir association de lithiase et de cancer.

2° Indication opératoire. — *Dans le cancer* avec ictère progressif et ascite, il faut s'abstenir. L'intervention est inutile et la cœliotomie, même simplement exploratrice, souvent grave. J'ai eu l'an dernier l'occasion d'observer un de ces cas pour lequel j'avais refusé d'intervenir. Un de mes jeunes collègues fit une cœliotomie, et le malade succomba au choc opératoire.

Dans l'obstruction de cause pancréatique, il y a, au contraire, lieu d'agir et de faire une *cholécystentérostomie* qui, dans le cas de cancer, soulagera temporairement le malade et qui, dans celui de pancréatite scléreuse, pourra même être suivie d'une guérison définitive.

Dans l'obstruction calculeuse du cholédoque, je ne suis généralement pas partisan de l'intervention opératoire immédiate. Mon

opinion, au point de vue des indications du traitement chirurgical dans la lithiase biliaire, diffère beaucoup de celles d'un grand nombre de nos collègues en médecine. Partisan absolu de l'intervention dans les calculs de la vésicule donnant lieu à des accidents rebelles au traitement médical, je suis, au contraire, toujours tenté de recourir au traitement interne lorsque je suis en présence d'un calcul du cholédoque.

Sur 10 malades atteints d'obstruction calculeuse du cholédoque auprès desquels nous avons été appelé, nous avons obtenu *trois fois* la migration du calcul dans l'intestin par le *traitement médical* et avons évité au malade une intervention à laquelle il était décidé. Une fois même, j'ai dû lutter pour faire accepter ce traitement médical. Il s'agissait de l'oncle d'un de mes collègues d'internat, traité médicalement par plusieurs professeurs de notre Faculté et vu par quelques-uns de nos collègues. Le diagnostic était fait, l'insuccès des moyens médicaux semblait établi, l'indication opératoire était posée et acceptée. On m'appelait simplement pour tenir le couteau. J'ai, suivant ma pratique habituelle, fait prendre chaque matin, à jeun, pendant trois jours consécutifs, un grand verre d'huile d'olive, puis le quatrième jour 40 grammes d'huile de ricin. Le calcul est passé et le malade est resté guéri. Ce traitement n'est pas agréable, il est fatigant, il provoque des douleurs, quelquefois des accès de fièvre résultat des contractions violentes qu'il détermine dans les voies biliaires. Il est néanmoins intéressant de voir qu'il réussit quelquefois alors que les autres traitements médicaux ont échoué, alors que la glycérine ou même l'huile données à des doses moins massives n'ont amené aucun résultat.

Dans les 7 *autres cas*, j'ai pratiqué la *cholédochotomie*; j'ai eu 6 guérisons et 1 mort.

3° Technique opératoire. — Je ne suture jamais le cholédoque. Je place un gros drain jusqu'au contact de l'incision du canal entre la face inférieure du foie et la face supérieure du mésocôlon transverse, limitant le foyer latéralement avec deux mèches de gaze stérilisée. Le quatrième jour j'enlève les mèches, le dixième le drain. La fistule biliaire se ferme spontanément en trois à six semaines.

Je n'insisterai pas sur les diverses particularités de la technique et ne m'arrêterai que sur deux points.

Dans mes dernières opérations j'ai, suivant l'exemple de Mayo Robson, placé sous le dos du malade, au niveau du foie, un gros rouleau, ce qui non seulement refoule en avant la colonne vertébrale et, avec elle, le cholédoque, rapprochant considérablement

celui-ci de la plaie antérieure, mais ce qui a encore l'avantage de vider, en quelque sorte, le champ opératoire, en faisant tomber le foie d'un côté, les intestins de l'autre. Ce dégagement du champ opératoire est comparable à celui de l'excavation pelvienne lorsqu'on met le malade en position élevée du bassin. Pour peu qu'en même temps on fasse tirer le fond de la vésicule par un aide de manière à relever le foie en masse, l'accès du cholédoque devient des plus faciles.

Au lieu d'avoir à atteindre un canal profond, rejoignant à angle le cystique, on a sous les yeux l'ensemble des voies biliaires à peu près disposées sur le même plan; l'angle du cystique et du cholédoque a disparu, ce dernier affleure presque la boutonnière abdominale antérieure qui, par suite de l'hyperextension du tronc, s'est considérablement rapprochée du cholédoque. Rien n'est plus simple alors que d'inciser ce cholédoque sur le calcul et de l'enlever après avoir saisi avec deux pinces de Kocher les lèvres de l'incision.

Lorsqu'il existe plusieurs calculs, nous les faisons progresser successivement vers l'incision par des pressions extérieures au canal ou nous allons les chercher avec une curette d'un modèle spécial, que nous avons fait construire par M. Collin. C'est une curette mousse rappelant les anciennes curettes à bascule, que l'on peut introduire rectiligne et dont on relève la cuiller quand elle est passée au delà du calcul, ramenant alors avec la plus grande facilité ce dernier.

Rapport.

Occlusion intestinale déterminée par un cancer du rectum. Rupture spontanée de l'intestin grêle constatée par la laparotomie. Mort; par M. le D[r] Lyot, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. ROCHARD.

Messieurs, vous m'avez chargé d'un rapport sur une observation qui nous a été adressée par notre collègue des hôpitaux, M. Lyot.

Mon rapport sera court, car il s'agit d'un cas qui ne comporte pas de nombreux développements, mais qui est intéressant par sa rareté. Il s'agit, en effet, d'une déchirure spontanée de l'intestin grêle, chez un individu atteint de cancer du rectum.

Aussi bien voici les faits ainsi que me les a transmis M. Lyot :

M. D..., âgé de soixante-quatre ans, a commencé à éprouver, il y a deux mois, des alternatives de diarrhée et de constipation.

Depuis trois semaines, la constipation est devenue prépondérante, et le ventre s'est ballonné. Tous les deux jours, le malade va à la selle grâce à l'absorption continue de purgatifs salins à petites doses. Il a toutes les apparences d'une santé robuste, il est peu amaigri, l'appétit est bien conservé, et il se plaint uniquement d'être incommodé par quelques coliques et des éructations. Il n'existe aucun antécédent pathologique, pas de syphilis en particulier, et bien que le sujet ait habité longtemps les Antilles, il n'a jamais eu ni dysenterie, ni hémorroïdes.

Le ventre est modérément ballonné, et on voit par instants au moment des coliques, se dessiner sous la paroi une tuméfaction circonscrite sonore qui paraît correspondre à l'S iliaque dilatée.

Le toucher rectal fait constater à 4 centimètres au-dessus de l'anus la présence d'un rétrécissement dont les parois dures et fermes sont constituées par de gros mamelons. Il existe en réalité une véritable tumeur qui s'étend sur les côtés du rectum, et en arrière jusqu'au sacrum. L'immobilité de cette masse est absolue. Le rétrécissement qu'elle circonscrit n'admet que l'extrémité de l'index, le petit doigt peut s'y engager, mais ne remonte pas assez haut pour atteindre sa limite supérieure. La muqueuse, à son niveau, ne paraît pas ulcérée ; le doigt ne ramène pas de sang, et le malade n'a d'ailleurs jamais constaté ni pus ni sang dans ses selles.

Je porte le diagnostic de cancer massif du rectum. L'hypothèse d'un rétrécissement syphilitique ne me paraît guère admissible ; l'absence d'antécédents, l'âge, le volume de la masse indurée qui en somme est une très grosse tumeur, l'absence de lésions anales, plaident en faveur du néoplasme. L'étendue et la fixité du néoplasme constituant une contre-indication évidente à l'extirpation, je propose l'établissement d'un anus artificiel ; mais l'entourage du malade hésite, on attend un parent éloigné, et je dois reconnaître qu'il n'y a pas d'urgence absolue à l'intervention puisque les matières passent et qu'il n'y a pas même d'embarras gastro-intestinal.

Je conseille donc l'introduction tous les deux jours d'une canule creuse en caoutchouc rouge du volume du petit doigt, par laquelle on pourra administrer des lavements sans excès de pression à l'aide d'un bock.

Grâce à ces moyens, le malade va à la selle en abondance, son ventre s'affaisse et il est complètement soulagé. Dix jours plus tard, cependant, survient une crise d'obstruction caractérisée par des coliques vives et du ballonnement du ventre ; on voit, en particulier, se dessiner sous la paroi l'anse oméga tendue et dure.

J'insiste sur la nécessité d'une intervention, bien que l'état général ne soit pas très grave, comptant sur les avantages que j'aurais à pouvoir employer le procédé de Maydl, avant que l'obstruction ne

soit trop prononcée. Mais, dans la nuit, le malade va abondamment à la selle et on élude encore ma proposition d'intervention. Le malade d'ailleurs mange, se lève; à aucun moment, il n'a de vomissements ni de nausées, et si parfois son ventre se ballonne en lui provoquant des coliques, il évacue ses gaz en introduisant sa canule.

J'insiste sur cet état de bien-être, car on ne pouvait guère prévoir l'accident qui allait se produire dix jours plus tard : une nouvelle crise d'obstruction survenait, comme les précédentes accompagnée de coliques et suivie d'une selle abondante, mais le lendemain de ce jour, dans l'après-midi, nouvelle crise de coliques intenses, suivie d'une vive douleur dans l'abdomen, comme jamais le malade n'en avait encore éprouvé. Son médecin ordinaire lui fait une injection de morphine, et lorsque je suis appelé auprès de lui dans la soirée, je le trouve calmé, sans douleurs ni coliques, le pouls bon, le ventre ballonné, mais à un degré modéré.

L'état général est resté excellent.

Cette fois, on accepte l'intervention, que je pratique le lendemain à 8 heures, c'est-à-dire seize heures après la crise.

Incision dans la fosse iliaque gauche. A l'ouverture du péritoine, il s'échappe des gaz en abondance, et un liquide séreux jaunâtre.

Il devient certain pour moi que la crise de douleurs survenue la veille a été la conséquence d'une déchirure de l'intestin. Les anses d'intestin grêle que je vois ne sont que tres légèrement congestionnées; elles sont affaissées de même que l'anse oméga. J'attire celle-ci à la peau, je la fixe rapidement et je l'ouvre, sans que d'ailleurs rien ne sorte par mon incision intestinale. Convaincu qu'il devait exister une déchirure du rectum au-dessus du néoplasme, et qu'elle était par suite peu accessible, je pensai que je devais me contenter de drainer largement le petit bassin, et, dans ce but, je fis du côté droit une incision verticale au-dessus du pubis, sur le bord externe du grand droit.

Le péritoine incisé, je vis s'échapper un liquide mélangé de quelques débris de matières fécales, et je fus frappé de voir les anses d'intestin grêle notablement plus rouges que je ne les avais vues dans la fosse iliaque gauche. En les examinant, je constatai sur l'une d'elles la présence d'une large déchirure.

Celle-ci était transversale et occupait plus du tiers de la circonférence intestinale; l'une de ses extrémités commençait dans l'insertion mésentérique elle-même, l'autre se terminait sur la face latérale de l'intestin. Les bords en étaient nets, la muqueuse légerement éversée à leur niveau, ni rouge, ni ulcérée, absolument saine. L'aspect était celui que j'ai vu aux ruptures traumatiques de l'intestin.

Je fis une suture de la déchirure en deux plans, une toilette soignée du péritoine, et je drainai avec des mèches et un gros drain pénétrant dans le petit bassin. Les jours suivants, l'état général paraissait tellement satisfaisant que je fus sur le point de croire au rétablissement de l'opéré : le pouls et la respiration restaient calmes, le ventre plat; de petites coliques amenèrent des évacuations par l'anus normal et par l'anus artificiel.

Mais peu à peu la température s'éleva au-dessus de 38 degrés, et le malade mourait neuf jours après l'intervention.

Cette observation est intéressante à publier au point de vue de la précision avec laquelle M. Lyot a pu constater la rupture de l'intestin.

Les déchirures au-dessus d'un rétrécissement néoplasique sont relativement communes, un toucher rectal peut les provoquer. L'affaiblissement des parois dû à l'envahissement néoplasique les rend susceptibles de se déchirer sous l'influence d'une pression légère, et souvent il est difficile de savoir s'il y a eu déchirure vraie ou péritonite par propagation au niveau de l'ulcération.

Les déchirures du côlon, en dehors de la région néoplasique, sont déjà beaucoup plus rares, et on n'en rapporte guère que le cas classique de Roux cité par Quénu et Hartmann.

Le fait d'une déchirure de l'intestin grêle paraît être exceptionnel. On pourrait objecter qu'une obstruction chronique peut provoquer des lésions de la muqueuse digestive susceptibles de favoriser une déchirure, mais je rappellerai que dans le fait actuel, la lésion n'avait rien de l'aspect d'une perforation, que la muqueuse se voyait saine sur les bords de la déchirure, que rien à la surface extérieure de l'intestin grêle ne trahissait des lésions sous-jacentes. Aussi M. Lyot incrimine-t-il comme cause les contractions intestinales dont l'intensité était démontrée par les fortes crises de coliques éprouvées par le malade, pendant lesquelles on voyait se durcir et se tendre les anses intestinales.

Communications.

A propos d'un cas de suppuration de la loge parotidienne d'origine otique,

par MM. Lucien PICQUÉ et TOUBERT (du Val-de-Grâce).

Depuis quelques années, les chirurgiens se sont appliqués à l'étude des complications des otites moyennes suppurées; les complications exo et endocraniennes, ainsi que les multiples localisations de la suppuration dans le squelette, ont été minutieusement étudiées. Parmi les complications exocraniennes, on s'est surtout appliqué à décrire les formes post-auriculaires et cervicales. Bezold a fait connaître une variété intéressante, et qui se rencontre assez fréquemment dans la pratique. Récemment, un

de nous (1) vient d'ajouter un nouveau chapitre à l'étude si intéressante des complications exocraniennes, en décrivant les relations qui existent entre les parotidites et les otites au point de vue pathogénique.

Nous avons eu l'occasion d'observer ensemble un cas de ce genre au Pavillon de chirurgie, et nous avons pensé qu'il serait intéressant de vous le communiquer.

En voici d'abord la relation :

Mme R... (Marie) m'est adressée d'urgence au Pavillon de chirurgie pour une suppuration de la région parotidienne, par mon collègue Toulouse, de Villejuif.

Le certificat d'internement établi par M. Magnan, le 26 novembre 1902, porte : Dégénérescence mentale, hallucinations multiples, alternatives d'excitation et de dépression.

A son arrivée, cette malade est très anxieuse, elle pousse des gémissements et ne répond à aucune question. Elle présente des hallucinations multiples de nature mélancolique. Un de mes anciens internes que j'envoie en mon absence opérer la malade met sur la fiche d'observation le renseignement suivant : œdème de la région parotidienne gauche gagnant la paupière supérieure; peau rouge, tendue, luisante, douloureuse à la pression. Rien du côté de la bouche, si ce n'est le mauvais état de la dentition. Il diagnostique dès lors une parotidite suppurée et l'incise le 7 décembre 1902. Mais il ne trouve pas de collection limitée ; il ne sort que quelques grumeaux jaunâtres, place une mèche dans la plaie et applique un pansement humide. Ces grumeaux, ensemencés sur gélose, pommes de terre et bouillon, donnent des cultures de staphylocoque doré. Dans les jours qui suivent, une suppuration abondante s'établit, et je pratique au niveau de l'angle de la mâchoire une incision complémentaire. Or, un stylet conduit sur cette portion du maxillaire permet de constater qu'elle est largement dénudée.

Le pus s'est fait jour dans le conduit auditif, comme il arrive d'ordinaire dans certaines variétés de parotidite; un stylet mené prudemment dans le conduit arrive également sur une portion dénudée qu'il n'est pas possible de préciser; quoi qu'il en soit, cependant, le tympan est perforé, et j'admets alors l'existence d'une otite moyenne secondaire.

La malade, en raison de son état, ne peut me donner, en vérité, aucun renseignement précis sur l'existence possible d'une otite antérieure, mais les personnes qui la soignent n'ont jamais remarqué d'écoulement d'oreille avant la période actuelle. Au moment où la parotidite est apparue, elle n'a accusé aucune douleur dans l'oreille gauche.

Admettant, en raison de l'abondance du pus, la possibilité d'un envahissement secondaire de la mastoïde, je pratique le 10 janvier une

(1) Toubert. *Annales des maladies de l'oreille et de la gorge*, 1903.

incision rétro-auriculaire. La paroi osseuse du conduit auditif est dénudée en partie effondrée et par la brèche je pénètre dans la caisse remplie de fongosités abondantes que je ramène à la curette. Après rugination, la mastoïde me paraît intacte, et je me borne au curettage de la caisse.

Je ne fais aucune réunion pour faciliter le lavage. Consécutivement, nous constatons l'existence d'une collection purulente de la paroi thoracique droite dont l'incision pratiquée le 22 janvier donne issue à une quantité considérable de pus.

Deux autres abcès plus petits sont ouverts dans la région deltoïdienne du même côté. Ce pus, ensemencé sur gélose, donne de petites colonies très fines et arrondies de streptocoques.

La suppuration de l'oreille et de la face persistant toujours, je prie M. Toubert de venir voir la malade.

Son état est le suivant : le long du bord postérieur de la branche montante du maxillaire, la suppuration a beaucoup diminué. Il persiste une cicatrice fistuleuse dans les deux tiers supérieurs environ répondant au sillon auriculo-mastoïdien. Œdème notable sous la pointe de la mastoïde, à la partie supérieure de la gaine du sternomastoïdien.

Suppuration très abondante par la fistule et le conduit auditif.

Opération sous chloroforme, pratiquée le 3 février. Les détails m'en ont été fournis dans la note ci-jointe par M. Toubert que j'assistai dans l'opération : Incision verticale de la pointe à la base de la mastoïde, dans le sillon en haut, suivant l'axe de la mastoïde en bas. Rugination, exploration minutieuse de la corticale, y compris la pointe. Aucun point osseux friable n'est révélé par l'exploration au crochet.

Par le conduit auditif, la curette fine pénètre librement dans la caisse, dont le contenu a été enlevé par « exentération », au cours d'une précédente intervention.

La pression des tissus infiltrés fait sourdre du pus mêlé de sang sous les lèvres de l'incision.

Trépanation à hauteur de l'angle antéro-supérieur de la mastoïde; en quatre temps, on atteint l'antre; il est rempli de fongosités. Hémorragie assez abondante en nappe qui cesse aussitôt le nettoyage terminé.

Exploration de la cavité antrale. Parois solides partout. Cavité très étendue, surtout en bas, vers la pointe. Ablation à la pince gouge de la paroi externe de cette cavité; trois mèches de gaze dans la plaie.

Les suites ont été très simples, et la guérison définitive est survenue très rapidement.

J'ai revu ces jours-ci la malade; il n'existe plus de suppuration.

Cette observation me paraît intéressante à plusieurs titres. L'existence d'une mastoïdite latente, aujourd'hui bien étudiée, est le premier fait qui nous frappe dans ce cas; elle seule pouvait nous expliquer l'abondante suppuration qui se faisait jour par le conduit auditif et que l'oreille moyenne ne pouvait fournir en totalité. Il en résulte que dans les cas de ce

genre, même lorsque la face externe de la mastoïde nous paraît intacte, il est indispensable de l'effondrer pour mettre à découvert les cellules mastoïdiennes ; c'est cette pratique qui nous a du même coup montré les lésions dont elles étaient atteintes et mis fin à une suppuration ancienne.

Mais le point que je désire surtout mettre en lumière et qui me paraît de beaucoup le plus intéressant est relatif au rapport qui existe entre l'otite et la parotidite.

Comme l'un de nous (1) l'a parfaitement indiqué, on peut admettre : 1° Ou bien que l'otite et la parotidite ont évolué simultanément; 2° Ou bien que l'otite a précédé ou suivi la parotidite, suivant qu'elle en a été la cause ou la conséquence.

Sous le premier rapport on peut admettre que l'otite et la parotidite ont été les manifestations simultanées d'une même affection générale.

Dans notre cas comme dans un fait précédent rapporté par l'un de nous, nous avons constaté la production à l'épaule et sur la paroi thoracique d'abcès; nous ferons remarquer que ces abcès ont été ici consécutifs à la suppuration parotidienne, qu'ils ont évolué sur un sujet très cachectique, que le pus de la parotide ne contenait que des staphylocoques, et celui de la paroi thoracique des streptocoques, et que rien ne nous permet d'affirmer d'une façon positive que la lésion de la parotide et de l'oreille dépendent d'une même infection générale préexistante.

Nous devons dès lors envisager la deuxième hypothèse.

La parotidite a-t-elle provoqué l'otite chez notre malade. De tout temps on a signalé l'ouverture des collections parotidiennes dans le conduit auditif, fait qui s'explique aisément si l'on se rappelle que le plafond de la loge parotidienne est représenté par le conduit auditif externe. La collection passe facilement au niveau des points où la continuité du cartilage est interrompue, c'est-à-dire au niveau des incisures de Santorini où se confondent le tissu cellulaire du conduit et celui de la parotide ; mais il est beaucoup plus rare que la suppuration détruise la membrane tympanale pour pénétrer jusque dans la caisse et la mastoïde.

La relation inverse est plus facilement concevable. Nous connaissons outre la contiguïté entre la caisse et la loge parotidienne, les relations lymphatiques qui existent entre le conduit auditif externe et les ganglions superficiels de la loge d'une part, entre la caisse et les ganglions profonds, d'autre part, placés comme on le sait au contact de la carotide externe.

Dans le cas publié par l'un de nous (2), c'est un furoncle du

(1) Toubert. *Loco citato.*
(2) Cas de M. Toubert.

conduit qui infecte les ganglions superficiels et provoque la suppuration de la loge.

Dans le cas actuel, nous avons le droit de supposer que la lésion de la caisse a envahi les ganglions profonds et causé la suppuration.

Il s'agirait donc bien dans notre cas d'une suppuration de la loge parotidienne consécutive à une lésion primitive de la caisse et de la mastoïde.

Cette hypothèse, en tout cas, explique mieux les faits.

Nous invoquons dans notre cas la propagation par voie lymphatique parce qu'elle est de beaucoup la plus fréquente. Exceptionnellement, comme dans un cas de Moos interprété par Mignon, l'abcès parotidien a paru consécutif à l'effraction d'une paroi du conduit osseux. C'est encore par un mécanisme de propagation par continuité que peuvent s'expliquer les phlegmons de la loge parotidienne qui accompagnent cette variété d'otite moyenne aiguë désignée par notre collègue Mignon sous le nom de phlegmoneuse, ainsi que, selon l'opinion déjà formulée par l'un de nous, certaines suppurations parotidiennes profondes compliquent des lésions anciennes de la mastoïde.

De l'observation qui précède, découle un précepte bien mis en lumière par Toubert, c'est l'importance de l'examen de l'oreille dans toutes les suppurations de la loge parotidienne. Certes, les parotidites sont, dans l'immense majorité des cas, le résultat d'une infection ascendante à point de départ buccal. Dans quelques cas restés exceptionnels jusqu'ici, elles sont secondaires à une lésion de l'oreille externe ou de l'oreille moyenne.

Dès lors, il convient, dans toutes les suppurations de la loge parotidienne, de faire successivement l'examen de la bouche et de l'oreille.

Nous désirons, en terminant, attirer encore l'attention de nos collègues sur un point important.

Notre collègue Mignon a signalé des troubles de l'idéation, de la dépression et de la surexcitation qui seraient susceptibles de disparaître après l'intervention.

Or, notre malade présente à ce point de vue le plus grand intérêt.

Les troubles de la sphère psychique ont été chez elle si intenses qu'elle a dû être internée.

Le certificat délivré à la date du 26 novembre 1902, par M. Magnan, l'éminent aliéniste de Sainte-Anne, en fait foi.

Cette malade paraît actuellement revenue à son état normal et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire la note qui nous a été transmise le 23 mars 1903 par M. Toulouse, médecin en chef de Villejuif, dans le service duquel elle se trouve actuellement.

« Lorsque R... vint à l'asile, elle présentait des phénomènes de confusion dans les idées s'accompagnant d'agitation et d'excitation très marquées ; elle avait des hallucinations terrifiantes, criait. Son état nécessita son placement à la section des grandes agitées.

« Le 6 décembre 1902, à la visite du matin, on releva de la température. Le soir à 5 heures, celle-ci atteignait 40 degrés. On notait un gonflement et une rougeur de la région parotidienne. Le lobule de l'oreille était soulevé. Cet état nécessita son transfert immédiat au pavillon de chirurgie où elle fut opérée.

« Le 3 mars 1903, R... revint du pavillon de chirurgie dans un état mélancolique et de dépression. Il n'y avait pas d'idées délirantes bien accusées. Mais on relevait un fond de tristesse. La malade répondait à peine aux questions, avait l'attitude de flexion.

« Le 11 au matin, à la visite, R... parla et répondit aux questions comme une personne normale ; elle souriait et ne paraissait plus triste. L'infirmière de la salle interrogée répondit que la guérison de l'état mental avait semblé survenir brusquement la veille. Il y avait un changement complet dans son état mental avec les jours précédents.

« Le 12 au matin, la malade avait 38 de température. Au niveau de l'avant-bras gauche ainsi qu'au cou, du côté externe à droite, on notait de la rougeur de la peau avec de petites vésicules blanches, lésions donnant l'aspect d'une intoxication médicamenteuse. Un purgatif fut prescrit, le régime lacté institué, et, deux ou trois jours après, tout était rentré dans l'état normal. Depuis lors, l'amélioration mentale s'est maintenue. R... semble à peu près revenue à son état normal. »

On voit dès lors tout l'intérêt qui s'attache à l'étude des affections de l'oreille chez les aliénés.

Voilà une femme qui, sous l'influence d'une mastoïdite latente, présente dans la sphère de l'idéation des troubles assez graves pour nécessiter son internement.

Une complication extérieure éclate qui nécessite heureusement une intervention, et l'opération que nous pratiquons la guérit à la fois de sa mastoïdite et des troubles mentaux qu'elle a entraînés.

Cette observation, et bien d'autres encore que je vous présenterai plus tard quand le nombre en sera considérable, justifie, ce me semble, l'impulsion que j'ai donnée depuis quelques années à la chirurgie des aliénés.

De la transformation d'une gastro-entérostomie par anastomose latérale en gastro-entérostomie en Y,

par M. MONPROFIT (d'Angers).

Je me suis trouvé, dans deux cas, amené à transformer une anastomose latérale de von Hacker en anastomose en Y.

Il est probable que d'autres opérateurs ont fait la même opération et sans doute par un procédé analogue à celui que j'ai employé.

Cependant, n'ayant pas connaissance de faits analogues publiés d'une façon détaillée, j'ai l'honneur de vous présenter mes deux observations.

Il s'agit dans les deux cas d'anastomoses selon le procédé de von Hacker, pratiquées l'une et l'autre pour des sténoses bénignes du pylore. Les deux malades avaient bien guéri et présenté de bons résultats, l'un pendant *cinq ans*, l'autre pendant *plusieurs mois*. Les fonctions gastriques étant devenues un peu moins bonnes au bout de ce temps, j'attribuai les accidents présentés par mes deux malades à quelque défectuosité dans le jeu du nouveau pylore, et je pensai à transformer l'abouchement par anastomose latérale en anastomose en Y, ce dernier mode d'anastomose m'ayant toujours donné des résultats irréprochables.

Premier procédé. — Je procédai de la façon suivante :

Premier temps : Section, entre deux pinces, de la branche afférente de l'anastomose, en amont de celle-ci ; section du mésentère et hémostase.

Deuxième temps : Fermeture du bout attenant à l'anastomose.

Troisième temps : Implantation du bout supérieur jéjuno-duodénal sur le jéjunum au-dessous de la gastro-entérostomie. Ainsi se trouve réalisée, secondairement, une anastomose en Y.

Deuxième procédé. — Chez un de mes opérés, j'ai trouvé que la branche afférente de l'anastomose était un peu courte, et que j'avais quelque difficulté à l'abaisser pour l'implanter sur le jéjunum ; j'y suis cependant arrivé avec assez de peine.

J'ai pensé que si je me trouvais dans les mêmes conditions, je procéderais de la façon suivante :

Premier temps : Section du jéjunum *au-dessous* de l'anastomose.

Deuxième temps : Implantation du bout jéjunal inférieur, sur l'*anse afférente*, ce qui n'offrirait aucune difficulté, le jéjunum étant mobilisable autant qu'il est possible *au-dessous* de l'anastomose.

Troisième temps : Implantation jéjuno-jéjunale de la section supérieure sur le bout inférieur.

A vrai dire, on aurait alors une combinaison représentant plutôt un *o* ou un *D* qu'un Y — mais la forme importe peu, et je crois qu'un abouchement latéral ainsi transformé, fonctionnerait bien *comme un* Y — ce qui est l'essentiel.

Je dois dire pour terminer que chez mes deux opérés, les légers accidents qui m'avaient conduit à les opérer une seconde fois, et à transformer leur anastomose latérale en Y de Roux, ont parfaitement guéri, et que le fonctionnement de leur gastro-entérostomie est devenu parfait.

M. Quénu. — J'ai, en effet, pratiqué une opération analogue à celle que vient de vous signaler M. Monprofit. J'ai montré le malade à la Société de chirurgie à propos des ulcères peptiques, question dont le dernier Congrès des chirurgiens allemands s'est occupé.

M. Tuffier. — Je voudrais demander à mon ami Montprofit pourquoi il a été faire une opération si complexe, alors qu'il pouvait obtenir le même résultat par une simple entéro-anastomose. Pour ma part, alors que la gastro-entérostomie postérieure nous donnait quelques ennuis, j'ai eu recours à cette entéro-anastomose entre l'anse située en deçà et l'anse située au delà de la bouche stomacale, et les petits accidents ont cessé immédiatement et définitivement.

Je crois qu'avant de faire une nouvelle opération après la gastro-entérostomie, il faut bien rechercher l'origine des accidents; car dans deux faits où ces accidents se sont manifestés longtemps après l'opération, — dans le premier cas pour cancer, dans le second pour ulcère, — je constatai par une seconde opération que les accidents étaient dus à l'envahissement de la bouche gastro-entérique par des lésions pathologiques : dans les deux cas je fis une nouvelle bouche un peu plus haut, et tout fut terminé.

M. Routier. — Je voudrais appuyer ce que vient de dire M. Tuffier; dans le seul cas de gastro-entérostomie postérieure que j'ai fait, j'ai dû pour cause de vomissements incoercibles, il ne s'agissait pas de cancer, faire une opération complémentaire, l'entéro-anastomose m'a suffi. Je fais couramment la gastro-entérostomie antérieure, souvent avec le bouton de Murphy et je suis très satisfait de mes résultats.

M. Delbet. — Pour ma part, je partage pleinement les opinions de MM. Tuffier et Routier sur cette entéro-anastomose, et je ne vois pas pourquoi on ferait une opération plus complexe.

M. Monprofit. — J'ai fait aussi, en pareil cas, la simple anastomose latérale entre l'anse afférente et l'anse efférente au-dessous de l'abouchement gastrique, et avec de bons résultats, mais lorsqu'on a affaire à une branche afférente un peu courte, ou difficile à abaisser, je crois que l'entéro-anastomose latérale offrirait des difficultés et des dangers, et que l'Y donne encore plus de garanties au point de vue du fonctionnement ultérieur.

Je répondrai à M. Quénu que je connais très bien son intéressante observation, qui est un des premiers cas publiés en France d'Y antérieur; mais il me semble qu'elle n'est pas absolument comparable aux deux observations que je viens de résumer, car M. Quénu, si j'ai bonne mémoire, a, dans son cas, détruit l'ancienne anastomose et l'a remplacée par un abouchement en Y, alors que j'ai utilisé l'ancien abouchement en le transformant. Au reste, la question a peu d'importance, c'est une autre manière d'arriver au même résultat.

M. Hartmann. — Je ne puis pas laisser passer sans protestation ce que vient de nous dire M. Monprofit; sa communication tendrait à faire croire qu'en dehors de l'Y, on a bien souvent du circulus viciosus, tout au moins léger, se produisant quelquefois à longue échéance. Je ne voudrais pas soulever ici la technique de la gastro-entérostomie; je crois cependant qu'en suivant une certaine technique, on n'a pas ces accidents, ni immédiatement, ni à longue échéance. J'ai récemment publié (1) une série de soixante gastro-entérostomies pour lésions non néoplasiques; j'ai suivi mes malades pendant des périodes qui vont, pour certains, jusqu'à quatre et cinq ans : je n'ai observé ni immédiatement, ni secondairement les accidents dont nous parle M. Monprofit. Par contre, dans un cas, j'ai, après résection du pylore, fait une gastro-entérostomie postérieure. N'ayant pas prêté attention à ce fait, que mon aide, au lieu de faire pivoter l'estomac autour de sa petite courbure, l'avait fait pivoter autour du grand cul-de-sac, j'ai placé ma gastro-entérostomie à contre-sens; mon malade a eu un circulus viciosus absolu. Ce fait malheureux est la confirmation de ce que j'avançais il y a un instant, à savoir que, sans faire le moindre Y, on peut diriger d'une manière complète les matières dans un sens donné.

M. Tuffier. — Je ne puis pas non plus laisser passer ce que nous dit M. Monprofit de la gastro-entérostomie postérieure. Quand on fait bien cette opération, quand on prend l'anse post-

(1) Hartmann, *Travaux de chirurgie anatomo-clinique* (*voies urinaires, estomac*), Paris, 1903.

duodénale aussi près que possible de son insertion, quand on a soin d'aboucher exactement le bord opposé au mésentère, quand on ne fait pas une bouche trop large, les résultats sont parfaits.

Il y a cependant une part de vérité dans ce que nous dit M. Monprofit. Mais les petites imperfections dont il parle, ce n'est pas longtemps après l'opération comme il le croit, mais presque immédiatement après qu'ils se produisent. Dans les premiers jours ou les premières semaines, — plus tard, ils disparaissent complètement — et ils sont probablement dus à quelques phénomènes inflammatoires de turgercence au niveau de l'anastomose. Quand tout est bien cicatrisé et établi, mes malades sont en parfait état; c'est pourquoi je ne fais jamais l'opération en Y.

M. Terrier. — Je partage l'opinion que vient d'émettre M. Tuffier. Je crois qu'une entéro-anastomose postérieure bien faite réussit toujours. Je n'ai jamais vu de *circulus viciosus*, et je suis étonné, surpris de l'opinion de M. Monprofit. Je suis convaincu que les défauts de bon fonctionnement de la bouche sont dus à une faute opératoire.

M. Monprofit. — Plusieurs de nos collègues, mon maître M. Terrier, MM. Hartmann, Tuffier, Routier s'étonnent que j'aie eu besoin de transformer des von Hacker en Y, ayant toujours obtenu d'excellents résultats avec l'anastomose latérale. Je n'avais le moins du monde l'intention d'engager la discussion sur ce point, qui me paraît absolument acquis : les abouchements latéraux donnent, lorsqu'ils sont bien faits, de très bons résultats, je l'ai constaté dans mes cent premières interventions, et je l'ai dit déjà à plusieurs reprises.

Il ne s'agit pas d'éviter les gros accidents de *circulus viciosus* que nous avions autrefois tout à fait à notre début, ces vomissements alimentaires, ces régurgitations bilieuses qui attristaient nos premiers résultats; ces accidents-là, avec les anastomoses latérales bien faites, ne se voient presque plus, et je dirai même qu'on peut avoir de lui de bons résultats non seulement avec les méthodes postérieures, mais même avec le procédé antérieur de Wœlfler, que cet auteur emploie, je crois bien, toujours avec succès. Un de mes premiers opérés pour sténose bénigne a depuis plusieurs années d'excellents résultats d'une gastro-entérostomie antérieure de Wœlfler.

Il n'est donc plus question d'éviter ces gros accidents-là, que les opérateurs expérimentés n'observent plus guère. Cependant il est encore des accidents atténués, légers ennuis, défauts passagers qu'on peut parfaitement ne pas avoir si on emploie le procédé en Y de Roux (de Lausanne) ; pour ma part, je ne pratique plus abso-

lument que celui-là ; depuis le dernier Congrès de chirurgie j'ai fait quarante gastro-entérostomies, toutes par le procédé en Y — et je crois bien que désormais je n'en ferai plus d'autre, car il me paraît absolument parfait — c'est d'ailleurs l'opinion que j'avais soutenue devant la Société de chirurgie en 1898, et après avoir employé à peu près tous les procédés, après avoir fait environ un *cent* d'anastomoses latérales, c'est encore à l'Y que je donne la préférence. — Le total de mes gastro-entérostomies est à ce jour de 140.

Kystes hydatiques du foie. Technique opératoire contre l'échinoccocose secondaire,

par M. E. QUÉNU.

Au cours d'une discussion sur le traitement des kystes hydatiques du foie, il y a trois ans, notre collègue Peyrot apporta comme chacun de nous ses observations personnelles à l'appui de la méthode de Delbet et entre autres celle d'une femme qui après avoir été opérée d'un kyste hydatique du foie fut traitée quatre ans plus tard pour des kystes multiples du grand épiploon et du bassin. M. Peyrot admettait l'invasion du péritoine abdominal par les hydatides à la suite de la rupture d'un premier kyste, ajoutant encore : « il suffit vraisemblablement pour que la greffe se produise que dans le liquide répandu se trouve quelques scolex ».

Notre collègue ne faisait du reste que reprendre l'idée émise en 1877 au VIe Congrès de chirurgie allemand par Volkman. Cette possibilité de la greffe de germes nageant dans le liquide des kystes était en désaccord avec les idées régnantes sur l'évolution des scolex, et M. Potherat leur défenseur, ne craignit pas de dire ici que cette doctrine de l'auto-infection déjà combattue par lui dans sa thèse « reposait sur une hérésie zoologique ».

Dans la séance suivante j'apportai à l'encontre des idées de M. Potherat une observation de greffe d'hydatide dans la cicatrice sous-cutanée d'une plaie faite pour opérer un kyste hydatique du foie. Nos collègues Ricard, Routier, Michaux, Tuffier et Broca nous signalèrent des faits tous favorables à la thèse de l'auto-infection. Cette thèse, je pense, a rallié la majorité sinon l'unanimité de la Société de chirurgie. Ce que la netteté et la multiplicité des faits cliniques nous avaient enseigné, l'expérimentation dans les mains de von Alexinsky, élève de Bobroff, de Riemann et de Gourine vint le confirmer d'une façon éclatante.

En France, Devé (1) a obtenu les mêmes résultats que von Alexinsky et reproduit non seulement la greffe des vésicules filles, mais celle d'un mélange de vésicules proligères et de scolex, démontrant particulièrement la transformation des scolex en kystes, et en kystes susceptibles de devenir fertiles.

Ces données nouvelles, nouvelles tout au moins par la consécration scientifique qu'elles ont reçue en ces dernières années, me paraissent de nature à modifier profondément la technique opératoire des kystes hydatiques en général.

Notre préoccupation principale en effet doit être de mettre notre opéré à l'abri des risques d'une inoculation opératoire, et c'est dans ce but que, dans la séance du 2 février 1902 (2), M. Devé concluait que « le seul moyen prophylactique qui permette d'éviter l'échinococcose secondaire post-opératoire consisterait à tuer les germes échinococciques dans le kyste par une injection ténicide faite avant l'ouverture large de la poche ».

Comme liquide, Devé proposait une solution de sublimé ou de formol, c'est en nous inspirant des travaux de Devé que nous avons traité trois kystes hydatiques du foie pour lesquels nous avons tenté de concilier et les avantages de la réunion par première intention et les garanties suggérées par Devé contre l'échinococcose secondaire.

En premier lieu, il faut admettre qu'il est le plus souvent impossible d'évacuer par la ponction d'une manière complète et jusqu'à siccité le contenu d'un kyste : il en résulte que lorsqu'on a retiré l'aiguille ou le trocart et qu'on vient à extraire la membrane fertile, même si on a mis les bords de la plaie à l'abri du liquide par une garniture de compresses, on risque toujours que cette membrane fertile se rompe et que du liquide fertile entre en contact avec l'adventice; je sais bien qu'il reste une ressource c'est de laver la poche avec une solution antiseptique, mais alors on se place dans des conditions moins favorables au point de vue de la réunion sans drainage; des observations personnelles que nous avons publiées à la Société de chirurgie dans la discussion de 1900 me paraissent assez probantes à ce point de vue. La plupart des chirurgiens ont dû renoncer au lavage de la poche avec du sublimé ou tout autre antiseptique.

On a songé à injecter une seringue de Pravaz de sublimé ou de formol dans le kyste, après avoir retiré au préalable une égale quantité de liquide.

Les expériences de Devé prouvent que cette manière de faire est insuffisante.

(1) *Th.* Paris, 1901.
(2) Soc. de Chir.

Je rappelle en effet que dans une première note présentée à la Société de biologie, le 17 mai 1902, M. Devé avait pensé d'après ses recherches antérieures que la vitalité des germes échinococciques était détruite par un contact de deux à trois minutes avec une solution de sublimé à 1 p. 1000 ou de formol à 1 p. 200. De nouvelles expériences lui ont montré qu'avec une solution formolée à 1 p. 200 on ne peut être certain de tuer tous les germes, que la résistance des éléments hydatiques est vraiment considérable et que le coefficient de vitalité des germes ensemencés est variable suivant les échantillons.

« Contrairement à ce qu'on nous a fait dire, à tort (ajoute M. Devé), il ne suffira donc pas pour tuer les éléments échinococciques de « quelques centimètres cubes » de formol au millième injectés dans le liquide du kyste au début de l'opération après évacuation complète du liquide hydatique, on injectera dans la poche kystique une quantité presque égale de solution parasiticide. »

En résumé, le problème consiste en ceci : injecter dans la cavité de l'hydatide et en suffisante quantité, une substance suffisamment toxique pour tous les germes qu'elle contient, libres dans le liquide ou attachés à sa face interne, sans trop influencer la paroi conjonctive ou adventice.

Voici comment nous avons procédé dans notre première observation, la première, je crois, dans laquelle les résultats du traitement aient été soumis à un contrôle expérimental rigoureux, par M. Devé lui-même qui assistait à l'opération.

Observation. — La malade âgée de vingt-cinq ans, couturière, vient nous consulter le 13 octobre 1902 pour des douleurs dans le ventre et dans le côté, qualifiées de névralgies intercostales et datant du mois de mai dernier, c'est-à-dire de six mois. Dans les derniers temps cette jeune femme avait elle-même noté l'apparition d'une tuméfaction à l'épigastre.

Les douleurs persistent avec des rémissions et des paroxysmes; pas d'urticaire, aucun trouble digestif, appétit excellent. On perçoit par la palpation une tumeur sous-hépatique, arrondie, rénitente, que nous diagnostiquons kyste hydatique du foie.

L'opération a lieu le 3 novembre en présence de M. Devé.

La paroi abdominale incisée et le kyste mis à nu, je protège tout le pourtour avec des compresses de gaze bourrées entre la paroi et la surface du foie, ne laissant à découvert que la petite surface à ponctionner.

Pour faire cette ponction il nous a paru essentiel de se servir d'un très petit trocart; les aiguilles risquent de blesser et de déchirer la mem-

brane fertile, au moment où elle se plisse et revient sur elle-même de par l'évacuation; nous avons choisi le petit trocart de (1) l'appareil Potain mais débarrassé de tout ajutage.

Nous avons, sur la canule du trocart, adapté un tuyau en caoutchouc bien maintenu par un fil un peu serré, puis à une petite distance nous avons perforé obliquement le tuyau de caoutchouc avec la lame du trocart que nous avons conduite ensuite dans sa gaine. De la sorte, il suffit après ponction de retirer la lame entièrement, le petit trou fait dans le tuyau de caoutchouc s'efface par l'élasticité de celui-ci, et le liquide coule au dehors, sans qu'on ait besoin de faire aucune aspiration. A l'autre extrémité du tuyau est adapté un entonnoir en verre, capable de contenir 4 ou 500 grammes et gradué.

Après la ponction, il suffit qu'un aide qui tenait l'entonnoir l'abaisse, pour recueillir le contenu du kyste et le mesurer approximativement.

Sans doute, il serait possible d'employer des trocarts à ajutages bifurqués, il nous a paru plus simple d'utiliser un appareil courant dont les diverses parties ne puissent se séparer sous l'influence d'une fausse manœuvre et créer ainsi une cause d'erreur.

Nous avons, chez cette malade, retiré ainsi 1.200 grammes de liquide eau de roche dans un cristallisoir stérilisé, lorsque tout écoulement eut cessé, l'aide tint l'entonnoir élevé et nous injectâmes 350 grammes d'une solution de formol à 1 p. 100.

L'évacuation du liquide avait duré environ une minute; nous laissâmes le liquide formolé en contact avec la poche pendant cinq minutes, montre en main, puis nous l'évacuâmes par le même procédé qui avait servi au contenu hydatique, c'est-à-dire en abaissant simplement l'entonnoir pour faire siphon.

Nous ouvrîmes alors le sac fibreux et nous pûmes enlever la membrane mère tout d'une pièce avec une pince à kyste. Cependant sa paroi se déchira légèrement, et il est possible que quelques gouttes de liquide soient tombées dans la poche. Celle-ci fut asséchée soigneusement avec des compresses stérilisées; les premières furent mises de côté et confiées à notre interne en pharmacie, M. Ronchèse, qui y décela quelques traces à peine de formol. Puis les bords de la plaie hépatique furent suturés au catgut et la paroi abdominale réparée sans drainage.

Les suites furent des plus simples. La température axillaire oscilla entre 37°1 et 37°5 jusqu'au sixième jour, elle atteignit ensuite 37°9 pendant vingt-quatre heures pour retomber définitivement à 36°6 ou 36°8, je dois dire qu'avant l'opération cette température axillaire variait entre 37 degrés et 37°4, elle était déjà, par conséquent, un peu au-dessus de la normale. Le pouls, de 80 à 84 avant l'opération, s'éleva à 125 pulsations, demeura à 110 les quatrième et cinquième jours, puis baissa le sixième à 90, et enfin, à partir du septième, à 80 et au-dessous. Cette ascension du pouls et la légère élévation thermique paraissent avoir été sous l'influence des règles qui apparurent le sixième jour, car c'est à dater de leur apparition que pouls et température baissèrent simulta-

(1) Filière Beniqué.

nément et que tout rentra dans l'ordre, je n'eus rien à noter du côté des urines dont les premières ne renfermèrent pas de formol.

Les fils furent enlevés le 11 novembre et la malade quitta l'hôpital le 30 complètement guérie, n'ayant jamais présenté aucune réaction locale.

La membrane parasitaire et les liquides retirés du kyste avant et après l'injection avaient été confiés à M. Devé qui a bien voulu nous remettre la note suivante :

I. — Matériel d'expérimentation.

La ponction du kyste évacué à fond avait donné 1.200 *grammes* d'un liquide eau de roche, qui avait été recueilli dans un cristallisoir stérilisé.

On avait injecté dans le kyste environ 350 *grammes* de solution de *formol à 1 p.* 100, qu'on avait laissés en contact avec la poche 5 *minutes*, montre en main. L'évacuation du liquide injecté avait duré environ 1 *minute.*

Puis, le sac fibreux ayant été ouvert, la membrane mère, saisie avec une pince à kyste, avait été enlevée d'une pièce ; nous devons signaler cependant que sa paroi s'était légèrement déchirée en deux endroits, d'où possibilité de l'issue de quelques gouttes de liquide de la cavité du kyste dans la poche périkystique.

La membrane parasitaire fut immédiatement plongée dans le liquide hydatique stérile, afin d'arrêter complètement l'action du formol. L'ouverture de la poche et l'ablation de la membrane mère n'ayant pas demandé plus de deux minutes, on peut en définitive évaluer, dans ce cas, à 7 *à* 8 *minutes* le temps d'action total du liquide parasiticide.

La membrane mère fendue (elle ne contenait pas une seule vésicule-fille, fut agitée, avec une pince stérile, dans le liquide hydatique, afin de détacher les éléments spécifiques appendus à la membrane germinale ; il se produisit ainsi, au fond du cristallisoir, un abondant dépôt de sable échinococcique, qui a constitué notre matériel d'inoculation.

Ce sable échinococcique, examiné au microscope, s'est montré constitué par : 1° des capsules proligères encore intactes contenant des scolex, adultes pour la plupart; 2° des scolex isolés, normaux, invaginés — de ci de là quelques scolex évaginés; 3° de petits lambeaux de membrane germinale; 4° enfin, quelques rares débris cuticulaires. Pas de vésicules-filles microscopiques, pas de scolex ni de capsules proligères en voie d'évolution kystique.

Une partie de ces germes a été conservée comme témoin, et mise dans deux tubes flambés : dans l'un, on a versé quelques centimètres cubes de formol à 5 p. 100; dans l'autre, les germes ont été laissés dans leur liquide hydatique : faisons observer que la stérilité absolue de ce liquide était très douteuse après les manipulations que nous avons indiquées ; ce tube a été conservé à la température du laboratoire.

II. — **Inoculations.**

Les inoculations ont été pratiquées trois heures après l'opération. Elles ont été faites chez le *lapin*, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Nous avons inoculé quatre animaux : deux d'entre eux nous avaient déjà servi pour des expériences antérieures, et étaient porteurs de kystes expérimentaux facilement perceptibles; les deux autres animaux étaient neufs. Aucune inoculation n'a suppuré : l'asepsie du liquide et des germes étaient donc pratiquement suffisante.

Lapin A. — [Le 22 juillet 1902, deux inoculations sous-cutanées de scolex de mouton (flanc droit et gauche). Le 1er octobre (70e jour), la palpation des régions inoculées permet de percevoir de petites nodosités élastiques roulant sous la peau, comme des grains de plomb. Le 1er novembre, les deux tumeurs polykystiques sont devenues facilement reconnaissables. — Ces deux masses parasitaires seront enlevées par une incision, le 19 décembre (150 jours); leur constitution polykystique et leur nature échinococcique seront vérifiées par le microscope.]

Le 3 novembre 1902, *deux inoculations* sous-cutanées (face externe de la cuisse) des germes formolés provenant de l'opération pratiquée par M. Quénu : on injecte, de chaque côté, 3 centimètres cubes de liquide hydatique contenant environ un quart de centimètre cube de sable échinococcique. — L'animal est sacrifié le 16 janvier 1903 (74 *jours*) : on trouve dans le tissu cellulaire, au niveau des inoculations, deux petits placards, blanc-jaunâtre, opaques, homogènes, *ne contenant pas traces de formations kystiques.*

Lapin B. — [Le 22 juillet, deux inoculations sous-cutanées de scolex de mouton. Le 1er octobre, la palpation montre aux points d'inoculation l'existence de deux petits cordons noueux, contenant de petits grains élastiques. Le 1er novembre, masses polykystiques facilement reconnaissables. — Ces tumeurs parasitaires seront enlevées le 19 décembre et examinées histologiquement.]

Le 3 novembre, *une inoculation* de germes formolés : injection de 4 centimètres cubes de liquide avec un quart de centimètre cube de sable échinococcique. — Animal sacrifié le 16 janvier (74 *jours*) : on trouve dans le tissu cellulaire, au point inoculé, un placard blanc jaunâtre, *sans traces de formations kystiques.*

Lapin C. — Le 3 novembre 1902, *deux inoculations* sous-cutanées de germes formolés : injection de 3 centimètres cubes, de liquide avec un quart de centimètre cube de sable échinococcique, de chaque côté. — Animal mort le 15 décembre (42 *jours*) : aux points inoculés, on retrouve deux petits placards blanchâtres, opaques, *sans traces de formations kystiques.*

L'examen histologique d'un de ces placards, a montré qu'il était constitué par un amas de scolex morts, ayant, en grand nombre, subi une infiltration calcaire. *Pas de scolex en évolution kystique.*

LAPIN D. — Le 3 novembre, *trois inoculations* sous-cutanées : dans les deux premières (cuisses droite et gauche), on injecte 3 centimètres cubes de liquide, avec environ 40 millimètres cubes de poussière échinococcique ; dans la dernière (flanc droit) on injecte 5 centimètres cubes de liquide avec près d'un demi-centimètre cube de scolex. — Animal mort le 8 janvier 1903 (66 *jours*) : trois petits placards sous-cutanés, blancs, secs, et comme crayeux à la coupe (faite après fixation au formol), *sans traces de formations kystiques*. L'examen histologique du placard le plus volumineux nous a montré qu'il était formé par une accumulation de scolex morts, au milieu desquels on trouvait des débris de cuticule feuilletée repliés sur eux-mêmes. La plupart des scolex avaient subi une infiltration calcaire très accentuée : ils se présentaient sur les coupes (coloration à l'hématéine-éosine) sous l'aspect de corps obronds, violemment colorés en violet par l'hématéine, et ne laissant plus rien voir de leur structure : chez certains, cependant, on apercevait encore, au milieu des corps calcaires, la couronne de crochets, intacte, impeccable : les scolex avaient bien été fixés par le formol.

Ainsi les 8 *inoculations*, très abondantes, que nous avons pratiquées chez ces différents animaux *sont restées négatives*. Disons à ce propos que dans les expériences que nous avons pratiquées depuis notre thèse (18 juillet 1901), nous avons obtenu au contraire *d'une façon constante*, la formation de tumeurs kystiques, par l'inoculation de scolex échinococciques normaux au lapin, — et plus spécialement les résultats de 11 inoculations sous-cutanées ont tous été positifs. Aussi les résultats négatifs que nous avons observés ici sont-ils très significatifs.

Nous ferons remarquer que deux de nos animaux, précisément, avaient antérieurement donné des preuves de leur réceptivité à l'égard des inoculations échinococciques ; et c'est pourquoi nous les avions choisis ; ils nous fournissent ainsi des expériences comparatives.

L'examen histologique des petits placards sous-cutanés trouvés aux points d'inoculations nous a montré que les scolex étaient infiltrés de sels calcaires, et qu'ils avaient été *fixés* par le formol.

C'est ce que nous a également permis de constater l'examen microscopique des germes témoins conservés dans leur liquide originel (un peu trouble et présentant à sa surface quelques moisissures). Cet examen, fait après soixante-seize jours, nous a montré des scolex à peu près intacts, avec leurs crochets en place et en ordre ; leur cuticule était cependant un peu moins nette peut-être et leurs ventouses moins apparentes que chez les scolex maintenus dans la solution conservatrice de formol.

Les différentes constatations que nous venons de rapporter se contrôlent réciproquement : elles permettent d'affirmer que, *dans ce cas, tous les scolex contenus dans la cavité du kyste avaient été tués par l'*INJECTION TÆNICIDE PRÉALABLE.

J'insiste sur cette constatation spéciale « que tous les scolex contenus dans la cavité du kyste ont été tués par l'injection tænicide préalable » ; par conséquent, c'est sans danger aucun qu'un

écoulement du liquide eût pu se faire soit dans la poche, soit dans la plaie pariétale au moment de l'extraction de la vésicule mère.

Il résulte donc de cette observation qu'une injection préalable de formol au centième à la dose de 3 à 400 grammes dans l'intérieur du kyste est suffisante pour stériliser le kyste et son contenu et que d'autre part cette injection est bien supportée et ne paraît gêner en aucune manière la réunion par première intention.

Voici le résumé de l'observation II :

Il s'agit d'une dame d'une quarantaine d'années que mon collègue et ami Mathieu m'avait adressée il y a près de trois ans pour un kyste hydatique du foie développé dans l'abdomen; le kyste fut vidé, suturé et guérit en trois semaines. L'an dernier, apparurent des douleurs dans le côté droit de la poitrine; on percevait des frottements pleuraux et on crut d'abord à une pleurésie sèche, mais bientôt l'élargissement du thorax et sa voussure ne laissèrent aucun doute sur l'existence d'un kyste de la face convexe; les espaces intercostaux étaient agrandis, principalement les 7e et 8e.

Le 10 décembre 1902 je procédai à l'opération. Le 7e espace était tellement élargi que je crus pouvoir me passer d'une résection costale.

Après incision de cet espace j'arrivai sur la surface du foie, ponctionnai et injectai le kyste en suivant la même technique que précédemment; quelques adhérences unissaient les feuillets de la plèvre.

Le kyste renfermait environ 1 litre de liquide et une seule vésicule. Après évacuation du liquide formolé je pus saisir avec deux pinces les bords de l'incision hépatique rendus suffisamment fermes par la sclérose, les amener sans être gêné à travers l'espace intercostal et enlever sans difficulté la membrane fertile. Je suturai ensuite au catgut les bords de l'incision kystique, fixai les fils extrêmes aux plans fibreux et plaçai un petit drain sous la peau.

Les suites furent bonnes malgré un petit état fébrile qui survint vers le dixième jour. Aucune issue de liquide par le drain qui fut retiré le huitième jour. Le seul incident fut l'inoculation de la partie superficielle du trajet par des boutons d'acné. La peau était infectée depuis l'application d'un vésicatoire appliqué pour des douleurs thoraciques et dont l'application avait été suivie sans discontinuer de l'éruption de petits boutons.

L'opération avait été faite le 10 décembre. Le 15 janvier la cicatrisation était complète et, depuis, le trajet ne s'est pas réouvert. Malgré ce retard apporté à la guérison complète on est en droit de compter cette observation comme un exemple rare sinon unique de kyste de la face convexe guéri sans drainage de la poche et sans réouverture spontanée ou non de celle-ci.

Ma troisième observation est différente encore des deux autres : il s'agit d'un kyste de la face inférieure du foie renfermant des centaines de vésicules filles.

Un homme de vingt-neuf ans, employé de commerce, nous fut adressé à l'hôpital Cochin le 10 mai dernier par notre ancien interne le Dr Masbrenier, de Melun.

Depuis trois ans il était sujet à des douleurs d'estomac, accusées surtout après les repas, durant environ trois heures et ne survenant que le jour.

Ces douleurs s'accompagnaient fréquemment de vomissements alimentaires. Appétit irrégulier, tantôt sensation de faim, tantôt dégoût pour les aliments et peut être plus spécialement pour la viande. Plusieurs épistaxis, poussées fréquentes d'urticaire sur le dos et aux bras. Pas d'ictère.

Depuis un an il a vu apparaître une tumeur siégeant dans la région du foie, tumeur à peu près indolente, mate et fluctuante. Pas de fièvre, urines albumineuses : 0,25 centigrammes par litre.

Diagnostic : kyste hydatique du foie.

Opération le 26 mai. Après incision de la paroi abdominale sur le bord externe du muscle droit on découvre la surface du kyste, on le ponctionne comme dans les autres observations et on retire 620 grammes de liquide clair, limpide, mais légèrement teinté de jaune.

On injecte 300 grammes de formol à 1 p. 100 qu'on laisse 5 minutes.

Alors on extrait la membrane de la vésicule, puis des centaines de vésicules dont les unes sont grosses comme une prune les autres comme un grain de chènevis, avec tous les intermédiaires. Plusieurs des vésicules sont enlevées intactes et mises de côté; à l'aide de compresses stérilisées on essuie toute la surface du kyste et on s'assure à plusieurs reprises qu'il n'existe plus de vésicules filles. Pour plus de sûreté j'imbibe légèrement de la solution formolée une compresse et j'essuie la surface de la poche avec; avant de suturer l'incision faite à la poche, je résèque un petit kyste indépendant du grand et occupant le bord antérieur du foie; suture au catgut de l'incision du kyste : les chefs extrêmes sont passés ensuite à travers le péritoine pariétal et liés de manière à adosser la cicatrice hépatique à l'incision de la paroi abdominale.

Suture complète de la paroi abdominale sans drainage.

Il eut une seule poussée thermique le surlendemain de l'opération puis la température redescendit progressivement à 37°8, à 37°2 et enfin à 37 degrés et au-dessous.

Dans les jours qui suivent l'opération, on analyse à plusieurs reprises l'urine; il n'y a pas trace de formol, il n'y a plus d'albumine.

Le 3 juin on s'aperçoit que le pansement est taché par un liquide.

Le 4, le pansement est imbibé de bile. On enlève les fils; la cicatrisation est complète sauf dans un point par où coule le liquide biliaire.

Le 5 on prélève un peu de liquide pour l'examen bactériologique.

Ce liquide est limpide, jaune ; aucune trace de pus.

Examen bactériologique de bile, recueillie dans un drain, le 5 juin 1903, par M. Landel.

Dans tous les tubes de gélose, il se développe au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures des colonies variées, parmi lesquelles prédomine le Bacterium coli.

Dans le bouillon, cultures de Bacterium coli.

Le 8 juin, l'écoulement de bile a beaucoup diminué.

Le 12, il s'est formé une petite croûte sèche; il ne s'écoule aucun liquide.

La croûte se détache spontanément et laisse voir la cicatrice parfaite de la paroi. Le malade sort complètement cicatrisé le 23 juin, soit vingt-neuf jours après son opération.

A aucun moment il n'y eut de la suppuration de la paroi ni du kyste, mais une simple cholérragie qui n'a pas empêché l'effacement rapide de la poche et qui n'a fait tout au plus que le retarder de quelques jours. L'écoulement de bile, et même de bile septique, n'a donc pas eu les inconvénients qu'on aurait pu redouter; la multiplicité des vésicules n'a pas été non plus un obstacle absolu à la réunion.

On pourrait se demander si les vésicules filles, ouvertes, n'auraient pu inoculer par leur contenu l'adventice, et si les petites vésicules ayant échappé à l'expulsion n'auraient pu se greffer ultérieurement. C'est dans cette crainte que j'avais pratiqué un dernier nettoyage avec une compresse formolée. Cette précaution était vraisemblablement inutile; j'ai en effet recueilli un certain nombre de vésicules filles contenues dans le grand kyste et je les ai remises à M. Ronchèse, afin qu'il recherchât si le formol avait eu le temps de dialyser à travers leur paroi.

Or, voici la note qu'il m'a remise :

Recherche du formol dans deux vésicules kystiques.

Ces deux vésicules étaient contenues à l'intérieur d'un kyste hydatique dans lequel on avait laissé séjourner cinq minutes une solution de formol à 1 p. 100 après en avoir enlevé le contenu. Il s'agissait de savoir si le formol avait diffusé à travers la membrane des petits kystes et par conséquent s'il était susceptible d'être décelé au sein de leurs liquides.

Ces deux vésicules furent soigneusement lavées à plusieurs eaux jusqu'à ce que la présence du formol à leur surface ne fût plus possible, condition qui fut vérifiée. Une de ces vésicules fut ensuite percée. Elle donna 18 centimètres cubes environ de liquide qui fut soumis à la dis-

tillation et dont on obtint 6 centimètres cubes d'une liqueur sur laquelle furent essayées les deux réactions suivantes :

Une partie de la solution fut additionnée de deux parties et demie d'une solution au 1/1000 de phloroglucine et d'une partie de potasse au 1/10 (réaction de Jorissen). La liqueur prit immédiatement une coloration rouge saumon très sensible tandis qu'un tube témoin dans lequel la solution distillée était remplacée par de l'eau, restait absolument incolore.

En opérant par dilutions successives sur une solution titrée de formol, on arrive à une teinte semblable pour une teneur en formol de 1/45000.

La deuxième partie de la liqueur distillée additionnée d'une solution de fuchsine bi-sulfitée se colore en violet après cinq minutes environ.

Le contenu de la deuxième poche, extrait au moyen d'une seringue de Roux pour éviter le contact de la partie externe de la membrane, se comporta de façon absolument identique. Du formol se trouvait donc bien à l'intérieur des deux vésicules kystiques.

En résumé, voici trois variétés de kystes hydatiques :

Un de la face concave du foie, univésiculaire;
Un de la face convexe;
Un de la face concave, multivésiculaire.

Toutes trois traitées de la même manière et rapidement guéries malgré les difficultés ou les mauvaises conditions inhérentes aux deux dernières variétés.

Le contact assez prolongé de la solution de formol à 1 p. 100 avec la membrane fertile, son contact par dialyse avec l'adventice n'ont pas empêché une réunion par première intention dans les deux premiers cas, une réunion rapide dans le troisième.

Les recherches expérimentales faites par M. Devé dans notre première observation nous assurent que tout danger d'échinococcose post-opératoire peut être écarté avec un contact de cinq minutes d'une quantité suffisante de solution formolée à 1 p. 100.

Présentations de pièces.

Rupture spontanée de l'artère fémorale.

M. WALTHER. — Je vous présente une pièce qui offre un intérêt à cause de son extrême rareté : c'est une rupture spontanée de l'artère fémorale à sa partie moyenne.

Le malade, qui a été récemment atteint de cette lésion, est un

homme de soixante-cinq ans, sans tare héréditaire ou acquise, non syphilitique, qui exerce la profession de tanneur.

Le 11 juin, après avoir circulé à pied une grande partie de la journée, il fut pris brusquement d'une douleur sourde à la partie moyenne de la cuisse droite, douleur qui en quelques minutes devint très vive et consistait surtout en une sensation de brûlure au point initial du mal, avec pesanteur et engourdissement de tout le membre.

Il rentra péniblement chez lui, se coucha et tâtant le point douloureux, sentit une grosseur tendue et qui battait sous le doigt, du volume d'un macaron.

Les jours suivants la douleur persistait plus ou moins forte, et la tumeur augmenta peu à peu en même temps que la jambe enflait.

Le malade se levait cependant un peu et circulait chez lui dans la journée. Le 16, pour aider sa femme, concierge, il entreprit de nettoyer un escalier de six étages, il frotta à la paille de fer et brossa tout l'escalier se servant de la jambe malade. Après quoi, la douleur devient insupportable, la tumeur beaucoup plus grosse et la jambe très enflée.

Il entra le lendemain 17 juin dans mon service à l'hôpital de la Pitié.

Il présentait alors tous les signes d'un anévrisme diffus siégeant à la partie moyenne de la cuisse à égale distance de la pointe du triangle de Scarpa et du canal de Hunter. La tumeur avait la largeur de la paume de la main environ. La jambe, le pied étaient œdématiés, sans aucun trouble de sensibilité; et les battements de la tibiale postérieure et de la pédieuse, difficiles à trouver à cause de l'œdème, existaient nettement.

Le malade resta au repos, avec une légère compression ouatée du membre à partir du pied; M. le D[r] Hallion voulut bien venir prendre les tracés de la tumeur et de la fémorale que je vous présente.

Le 25 juin j'opérai le malade. La tumeur avait notablement grossi et l'infiltration sanguine avait gagné la partie postérieure de la cuisse. Une longue incision sur la ligne de la fémorale me permit après avoir récliné en dedans le couturier d'arriver sur l'artère et sur la poche; je l'ouvris, j'enlevai rapidement les caillots qui emplissaient le foyer et mis le doigt dans l'orifice supérieur. L'artère fut isolée jusqu'à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'anévrisme, et liée puis sectionnée à ce niveau. Je ne trouvai aucune trace de sac, d'anévrisme vrai préexistant, mais seulement une coque de tissu cellulaire tassé autour des caillots. En rabattant le bout supérieur de l'artère et en le soulevant, je pus la

disséquer par sa face postérieure jusqu'au-dessous de la perforation et lier, à un centimètre plus bas l'artère elle-même et une collatérale qui s'en détachait en ce point.

Je ne veux pas insister ici sur les détails de cette observation; je tiens seulement à vous présenter la pièce qui a été préparée par mon interne M. Lardennois.

Vous pouvez voir que la rupture qui siège sur la face antérieure de l'artère a des bords réguliers. L'écartement de ces bords est d'environ 1 centimètre et demi. Sur la face postérieure qui maintient la continuité de l'artère, on voit nettement la tunique interne rompue et la tunique moyenne à nu. L'artère présente des lésions très nettes d'athérome.

Nulle part on ne trouve de trace de sac formé aux dépens des parois artérielles. Les bords de l'orifice de rupture sont très nets.

Il s'agit donc bien là d'une rupture primitive de l'artère fémorale athéromateuse, rupture spontanée puisque nous n'avons rien pu relever dans l'histoire du malade, ni choc, ni effort violent, aucun traumatisme qui puisse être incriminé dans la pathogénie de la lésion.

Cholécystectomie.

M. Monod présente une vésicule biliaire volumineuse remplie de calculs enlevée d'une seule pièce chez une jeune femme qui n'avait jamais eu d'ictère et chez laquelle on était en droit de supposer que le canal cholédoque était libre.

L'opération a été très simple. L'ouverture du ventre faite sur le bord externe du muscle droit, la vésicule a pu être facilement détachée de la face inférieure du foie jusqu'à bonne exposition de son col. Celui-ci est sectionné, après ligature entrecroisée au catgut. L'artère cystique qui a été rompue au cours du dégagement du canal a été liée séparément.

La plaie très profonde est drainée avec un drain et deux mèches de gaze stérile, et fermée à trois étages.

La vésicule ouverte après ablation contenait avec un peu de bile altérée six calculs volumineux à facettes. L'un d'entre eux terminé par une extrémité conique était engagé dans le col de la vésicule. Le canal cystique semblait complètement oblitéré; il a été impossible du moins d'y découvrir, au stylet, le moindre orifice.

Présentation de malade.

M. Lejars présente une malade guérie d'un empyème chronique fistuleux après une résection très étendue de la paroi thoracique gauche.

Le Secrétaire annuel,

Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 8 JUILLET 1903

Présidence de M. KIRMISSON.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. BRUN, qui demande un congé d'un mois pour raison de santé.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos de l'appareil de marche dans les fractures de cuisse.

M. PIERRE DELBET. — J'ai pu revoir le malade que je vous ai présenté il y a quinze jours et dont M. Hennequin vous a parlé dans la dernière séance. Je vous avais d'ailleurs promis de vous donner des renseignements complémentaires sur son raccourcissement.

Je commence par vous dire que si j'ai revu le malade, c'est parce qu'il est venu me faire une visite de remercîments. Il est enchanté du résultat obtenu et, pour me le faire constater, il était venu à pied de Gentilly à Bicêtre sans aucune fatigue. Quand je l'ai présenté, M. Hennequin a remarqué qu'il marchait avec une « claudication modérée ». Cette claudication ne pouvait guère surprendre, car il y avait à peine vingt-quatre heures que le malade était sorti de son appareil. Actuellement il ne boite plus et, comme

je vous l'ai dit, il peut déjà faire des marches prolongées sans aucune fatigue.

Il n'en est pas moins vrai qu'il a un raccourcissement, et c'est en cela que la critique de M. Hennequin est juste.

En mesurant la longueur du fémur du grand trochanter à l'interligne articulaire du genou, nous avons trouvé, mes internes et moi, 3 centimètres et demi de raccourcissement. Sur la radiographie qui a été faite depuis, on trouve 4 centimètres. M. Hennequin en a trouvé 5, mais il a pris pour point de repère les épines iliaques antéro-supérieures, procédé qui est, comme on le sait, fertile en erreurs.

Le raccourcissement est de 4 centimètres et, bien que le malade ne s'en aperçoive même pas et que le rétablissement fonctionnel soit parfait, je trouve que c'est trop. Sur la foi de la radioscopie et de la radiographie faites dans de mauvaises conditions au travers de l'appareil plâtré, je croyais les deux fragments juxtaposés bout à bout. Si j'avais su que la réduction n'était pas bonne, j'aurais fait un autre appareil et peut-être obtenu mieux.

Je regrette ce raccourcissement, je le regrette vivement; je me console cependant en songeant que l'on n'obtient pas toujours mieux avec les appareils à traction. Il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter aux radiographies que M. Maunoury nous a présentées il y a quelques années. Je répète, d'ailleurs, que le résultat fonctionnel est parfait.

Je ne veux pas insister davantage aujourd'hui sur le traitement des fractures du fémur par les appareils de marche. Cependant il y a dans l'argumentation de M. Hennequin quelques points que je ne puis passer sous silence.

Il considère les fractures en rave comme présentant des « conditions presque idéales ». Je ne suis pas de cet avis : je considère que les fractures en rave, sans être plus faciles à réduire, sont au moins aussi difficiles à contenir que les fractures obliques.

M. Hennequin m'a reproché d'immobiliser les articulations du pied. C'est qu'il n'a pas regardé mon appareil. Si M. le président veut bien m'autoriser à faire entrer un nouveau malade, M. Hennequin pourra constater que l'appareil s'arrête au milieu de la jambe et que le pied est complètement libre. Je recommande même toujours au malade de s'exercer systématiquement à remuer le pied et les orteils. M. Hennequin pourra en outre s'assurer, en interrogeant le malade, que la marche prématurée n'est pas « sans profit ». Bien au contraire, il y a de très nombreux malades à qui elle permet de ne pas cesser leurs occupations.

Le malade que je vous présente actuellement est victime d'un accident d'automobile. Son guidon lui avait effondré le thorax; il pré-

sentait des lésions multiples et graves, si bien que la fracture de cuisse passa inaperçue. C'est seulement lorsqu'il put être ramené à Paris, vingt-trois jours après l'accident, que le Dr Bouisson constata son existence.

Cette radiographie montre que la fracture siège entre le grand et le petit trochanter. Bien qu'aucune manœuvre de réduction n'eût été faite, le déplacement n'était pas considérable. Cependant le fragment supérieur était porté en abduction assez marquée. Lorsque j'ai vu le malade (vingt-huit jours après l'accident), la consolidation était déjà assez avancée pour que tous les mouvements imprimés au corps du fémur se transmissent au grand trochanter. Il m'a semblé qu'il n'y avait que des inconvénients à rompre le cal à demi formé, et je me suis borné à appliquer l'appareil en faisant une traction comme si la fracture était récente.

Diagnostic de la tuberculose du rein. Du danger de baser sur l'examen bactériologique seul les indications opératoires.

M. Bazy. — Dans l'avant dernière séance, je vous avais présenté un malade d'apparence bien portante, à propos duquel je voulais poser la question de savoir s'il est possible de faire un diagnostic de tuberculose par la constatation du bacille tuberculeux et surtout de baser sur cette constatation l'indication d'une intervention opératoire.

Je l'ai résolue par la négative et c'est pourquoi j'ai intitulé ma communication : « Diagnostic de la tuberculose du rein. Du danger de baser sur l'examen bactériologique seul les indications opératoires ».

Le malade que j'ai eu l'honneur de vous présenter n'est en quelque sorte que pour l'illustration des idées que je vais défendre devant vous.

Vous vous souvenez que quand il a été question ici du cathétérisme des uretères et de son utilité pour l'intervention précoce dans la tuberculose rénale, j'avais fait des réserves : 1° Sur l'utilité ou la nécessité de ces interventions précoces ; 2° sur la certitude du diagnostic que pouvait donner la constatation dans l'urine de quelques bacilles ressemblant plus ou moins au bacille tuberculeux (*Soc. de chirurgie*, 1900, p. 983 et suivantes).

Par les discussions qui ont eu lieu ces jours derniers à la Société médicale des hôpitaux, vous pouvez juger combien mes réserves étaient justifiées ; il est si difficile, pour ne pas dire impossible, par l'examen seul de différencier les bacilles tuberculeux des bacilles

acido-résistants! et le docteur André Jousset, si compétent sur ces questions de bacille tuberculeux est d'avis que pour l'urine l'examen direct est toujours insuffisant.

Le malade que je vous présente est venu me consulter le 12 novembre 1900, c'est-à-dire il y a plus de deux ans et demi, pour me demander mon avis au sujet d'une néphrectomie qui lui avait été proposée à la suite du cathétérisme de l'uretère qui lui avait été fait par M. Albarran.

J'ai pensé que cette intervention était inopportune, d'une part parce qu'il n'y avait, à mon sens, aucune indication opératoire, dans le cas où un rein eût été tuberculeux, d'autre part parce que des examens répétés dans mon service n'avaient pas permis de retrouver le bacille de Koch.

Du reste, voici son histoire par le menu.

Le nommé C... (Henri), vingt-trois ans, employé de commerce, venu le 12 novembre 1900 à ma consultation des voies urinaires à Beaujon.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants et bien portants. A deux sœurs dont l'une bien portante. L'autre, plus jeune, a dû, par suite d'une affection au genou (?), faire un séjour assez prolongé à Berck. Pas de frères morts en bas âge.

Parmi les collatéraux : pas de malades. Les grands-parents, enfin, sont vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Le malade eut à l'âge de dix ans une scarlatine qui aurait duré une dizaine de jours.

Dès le début de la convalescence, on fit un examen des urines (le malade en ignore le résultat). Il fut mis au régime lacté, pendant quarante jours. Une nouvelle analyse fut faite, qui ne décela la présence d'aucune trace d'albumine. (Le malade connaît ce détail par sa mère). Le régime lacté est supprimé.

A l'âge de treize ans, il entre comme employé dans un comptoir de Bercy. Il travaille dans le bureau avec un autre et tous deux sont bien portants. Son travail se fait en majeure partie au grand air, sur les quais.

Il n'est pas malade. N'a jamais été sujet à s'enrhumer. Il n'a pas de sueurs. Le malade est appelé à passer le conseil de revision. On le déclare bon pour le service.

En accomplissant sa première année de service, il est grippé en plein hiver et, pendant un mois, est soigné « à la chambre », son état de santé ne nécessitant pas des soins « à l'infirmerie régimentaire ».

Guéri, il reprend son service.

1er *mai* 1900. — Ayant dû faire les marches d'épreuve, le malade, qui n'a jamais eu d'entraînement (il avait été détaché au bureau de sa compagnie au début de l'année), éprouva, à la suite de la deuxième marche, des douleurs à la région lombaire, sans prédominance d'un côté ; ces douleurs ne sont pas vives, ne procèdent pas par crises, mais provoquent une sorte d'endolorissement constant.

2 *mai.* — Le repos de la nuit n'ayant pas calmé ses douleurs, il se présente à la visite du matin. On diagnostique de la courbature et le malade est exempté de service.

4 *mai.* — Le surlendemain, il s'aperçoit, au réveil, que ses urines sont troubles. Il en fait part au médecin-major qui le constate et cherche de ce fait l'albumine. L'analyse est négative.

Il entre, néanmoins à l'infirmerie régimentaire et se trouve soumis au régime lacté.

Il reste quelques jours à l'infirmerie. Les urines sont toujours troubles et laissent, par le repos, un dépôt blanchâtre au fond du bocal. Il a un accès de fièvre. La température est supérieure à 39 degrés. Il est transféré à l'hôpital militaire.

Dès le lendemain, la fièvre tombe. Trois jours durant, il reste alité. Les urines présentent toujours les mêmes caractères.

Les mictions ne sont pas douloureuses, mais occasionnent un chatouillement assez désagréable, qui disparaît à la fin de la miction.

La quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures n'est jamais supérieure à 1.500 grammes. Il n'a pas de pollakiurie. Il urine quatre fois par jour et ne se lève pas la nuit pour uriner. (Le malade déclare formellement n'avoir jamais eu d'écoulement.)

Il reste douze jours à l'hôpital. Le diagnostic d'embarras gastrique fébrile est porté.

Il sort de l'hôpital, et une permission de soixante jours lui est accordée à titre de convalescence.

Le malade, étant ainsi en congé, se fait soigner par son médecin qui fait analyser ses urines; on trouve alors 70 centigrammes d'albumine. De la théobromine lui est prescrite.

L'état de son cœur est bon. Il n'a pas eu d'œdème soit aux malléoles, soit aux paupières.

Les urines paraissent à ce moment au malade moins troubles. Le dépôt blanchâtre qui était de deux travers de doigt n'est plus que d'un travers de doigt. La quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures est de deux litres.

Il y a polyurie, mais non pollakiurie, le nombre des mictions étant toujours de quatre.

La permission expirée, il rejoint son corps et se présente à l'hôpital. On analyse ses urines. Le taux d'albumine est de 25 centigrammes.

Le malade est soumis au régime lacté, et du lactate de strontiane lui est prescrit.

L'endolorissement lombaire a diminué d'intensité. La douleur n'est plus spontanée. Elle n'est réveillée que par la pression du *rein gauche.*

Il est admis à l'hôpital, et quelques jours après il est renvoyé avec une permission nouvelle de vingt-cinq jours.

2 *octobre* 1900. — Profitant de ce congé et de son séjour à Paris, il va, le 2 octobre 1900, chez M. Albarran, qui l'invite à se présenter à l'hôpital Necker le vendredi suivant, 5 octobre 1900.

5 *octobre.* — On lui fait le cathétérisme des uretères. L'exploration commence à 10 h. 30, dure une heure quarante-cinq et le fait beaucoup

souffrir. Puis on le tient couché pendant deux heures pour avoir le temps de recueillir les urines du rein gauche.

Il lui est ensuite fait, déclare-t-il, une instillation au nitrate d'argent et des lavages de la vessie (?). L'analyse aurait, d'après la note qu'il nous a remise, signée de M. Albarran, donné les résultats suivants :

Urine du rein droit.		Urine du rein gauche.		Urine totale.	
—		—		—	
Aspect	trouble.	Aspect	trouble.	Aspect	trouble.
Densité	1020	Densité	1012	Réaction . . .	faiblement acide.
Réaction . . .	acide.	Réaction . . .	neutre.		
Urée	20g50	Urée	12g80	Urée	20g50
Albumine. . .	0g90	Albumine. . .	1g10	Albumine. . .	0g90
Glucose. . . .	pas.	Glucose. . . .	pas.	Glucose. . . .	pas.
Chlorures. . .	17g80	Chlorures . . .	13g60		
Ac. phosphor .	1g70	Ac. phosphor .	0g98	Quantité d'urine insuffisante.	
Très nombreux leucocytes.		Nombreux leucocytes.		Nombreux leucocytes.	
Nombreuses hématies.		Assez nombreuses hématies.		Rares hématies.	
Pas de microbes.		Très nombreux diplocoques.		Très nombreux diplocoques.	
		Bacilles de Koch.		Pas de bacilles de Koch.	

L'urine totale est celle qu'il avait rendue spontanément avant le cathétérisme, on remarquera qu'elle contient la même quantité d'urée que l'urine du rein droit seul.

Au sortir de l'hôpital, il veut se rendre chez lui, à pied. Il est dans la nécessité de prendre une voiture. Les douleurs qu'il éprouve, les besoins d'uriner fréquents et impérieux en sont la cause.

De retour chez lui, il ne parvient à uriner que quelques gouttes seulement qui sont teintées en rouge. Un quart d'heure après environ, il a une miction plus abondante, et son urine n'est plus colorée en rouge.

La fatigue qu'il ressent l'oblige à se mettre au lit. Il éprouve une douleur sourde dans la région lombaire.

Le lendemain matin, il quitte le lit ; mais, à cinq heures du soir, il a de la fièvre sans frisson. Il a de la céphalée ; la peau est chaude ; l'anorexie est complète. Il se couche.

Il constate, le lendemain matin à son réveil, un bouton d'herpès sur la lèvre inférieure.

Durant les vingt-cinq jours de congé il demeure chez lui, sans se fatiguer.

Les urines continuent à être troubles.

La quantité d'urine est de 1.500 à 1.750 grammes environ. Les mictions ne sont pas plus fréquentes qu'autrefois.

Le malade, au moment de l'expiration de son congé, retourne chez M. Albarran qui lui délivre un certificat constatant qu'il est atteint de tuberculose rénale et lui conseille, en outre, la néphrectomie.

A son arrivée au corps, au visu de son certificat, il est proposé pour la réforme et renvoyé définitivement dans ses foyers.

Au moment du conseil de réforme, la région rénale n'a pas été explorée. Un médecin-major l'ausculte et croit constater, au sommet gauche, une respiration rude.

8 *novembre* 1900. — Il revient donc à Paris, le 8 novembre 1900, et va consulter son médecin sur l'opportunité de l'opération qui lui a été conseillée.

Le médecin l'adresse à M. Bazy et le malade se présente à notre

consultation des voies urinaires, le 12 novembre, en ayant soin de ne pas nous raconter son histoire.

L'examen des reins étant alors négatif, un traitement général est prescrit et on le prie de revenir, le jeudi suivant, n'ayant pas uriné depuis le matin. L'analyse des urines eût été faite.

Le malade craignant qu'on ne pratiquât à nouveau le cathétérisme des uretères, dont il semble avoir conservé un mauvais souvenir, refuse d'accéder à notre désir, avec la dernière énergie.

Surpris on l'invite à s'expliquer sur les motifs de son refus, et nous connûmes ainsi l'historique de la maladie.

12 *novembre* 1900. — Actuellement, il se plaint et se préoccupe surtout de l'endolorissement qu'il éprouve à la région lombaire et de la présence du pus dans son urine.

Ces deux phénomènes ont persisté depuis le 4 mai 1900, c'est-à-dire depuis sept mois.

L'endolorissement de la région lombaire existe sans prédominance de côté. Autrefois constant, il ne l'éprouve plus aujourd'hui qu'après une grande fatigue. Le malade partant ce matin même de la place de la Bastille est venu à pied à l'hôpital Beaujon. La douleur qu'il a éprouvée en arrivant fut très légère. Après un repos de vingt minutes et assis, il déclare ne plus rien sentir.

Les mouvements brusques, les changements violents de position ne réveillent aucune douleur. La station assise et longtemps prolongée (travail aux écritures au bureau) serait, au dire du malade, la position qui le fatiguerait le plus.

Les douleurs qu'il éprouve sont sans irradiation vers la vessie ou vers les plis de l'aine. Jamais il n'a ressenti de crises douloureuses rappelant les crises de colique néphrétique.

Les urines sont troubles, dès le premier jet. Elles abandonnent, par le repos, dans le bocal, un dépôt blanchâtre d'une épaisseur variant de un à deux travers de doigt.

Les mictions sont toujours au nombre de trois à quatre par jour. Le malade ne se lève pas la nuit pour uriner et n'a pas d'hématurie.

Il n'y eut fréquence de la miction, besoins impérieux, douleurs à la miction et urines teintées en rouge qu'après le cathétérisme des uretères et pendant les deux jours qui le suivirent.

La quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures est de 1.500 à 1.600 grammes.

L'état général est bon. Pas d'amaigrissement. Jamais de sueurs nocturnes.

Le sujet est vigoureux. Il a un bon appétit.

Poids : 66 kilogrammes.

Examen du système circulatoire : normal.

Examen du système respiratoire : normal.

8 *décembre* 1900. — Le malade, souffrant encore de temps à autre dans la région lombaire, revient à la consultation. La palpation bimanuelle n'est pas douloureuse.

Les urines sont troubles.

Examen microscopique des urines nous révèle la présence de staphylocoques ;

On ne trouve pas de leucocytes ni de bacilles de Koch.

9 *décembre* 1900. — *L'examen clinique des fonctions rénales par l'élimination provoquée de bleu de méthylène* (Procédé Achard et Castaigne) est fait. La piqûre est faite à 8 h. 30 du matin.

Verre	Heure	Bleu	Chromogène
1re	9	légère teinte	0
2e	9,30	vert pâle	teinte bleu
3e	10	vert net	»
4e	10,30	»	»
5e	11	»	»

L'élimination dure jusqu'au lendemain à trois heures de l'après-midi.

27 *décembre*. — Urine ammoniacale, très-trouble.

Traitement :

Prendre chaque jour et en deux fois : acide benzoïque, soixante centigrammes.

Examen microscopique des urines. — Staphylocoques nombreux ; leucocytes en assez grand nombre.

25 *janvier* 1901. — *Examen microscopique des urines*. — Leucocytes polynucléaires en grande quantité.

21 *juillet* 1902. — Urines troubles.

13 *février* 1903. — *Examen microscopique des urines*. — Staphylocoques, entérocoques, leucocytes très rares ; pas de bacilles de Koch ; pas de microbes gardant le Gram.

Actuellement, il urine le jour toutes les deux ou trois heures et sans douleur. La nuit il se lève une fois ou pas du tout. Son urine est trouble, et, n'était ce trouble, il pourrait croire et on pourrait croire que sa santé est parfaite. Car il a bonne apparence, exerce sa profession avec toute l'activité désirable, et ne souffre en aucune façon, a bon appétit, n'a jamais de fièvre ni aucun accident.

L'examen de l'urine fait par le Dr Henri Jousset au moyen de l'inoscopie lui a fait croire à la présence de bacilles de Koch, mais il n'a pas cru devoir se contenter de ce moyen, et il a fait une inoculation à un cobaye. Le résultat de cette inoculation a été négatif. Tout porte à croire que ce jeune homme n'est pas tuberculeux, ou, s'il l'a été, n'est plus tuberculeux. Il y aurait une troisième hypothèse, c'est que ce microbe n'était pas pathogène pour le cobaye. C'est bien difficile à admettre, puisqu'on a inoculé le culot d'une centrifugation de 150 grammes d'urine trouble. C'est ce qui justifiait les réserves que j'ai cru devoir faire au sujet des indications opératoires dans la tuberculose, et des indications diagnostiques que peut fournir l'examen de l'urine.

Voici, du reste, la note que m'a remise le Dr A. Jousset :

16 *mars*. — 10 centimètres cubes d'urine sont centrifugés soigneusement. L'examen du dépôt ne révèle aucun bacille tuberculeux, mais de nombreux leucocytes et quelques cocci et bâtonnets.

150 centimètres cubes sont alors centrifugés pendant une heure à la centrifuge électrique. Il se produit un dépôt assez abondant qui est digéré dans le liquide fluoro-pepsique, recentrifugé et examiné. On trouve alors quelques bacilles grêles, granuleux, prenant le Ziehl et résistant à la décoloration par l'acide et les alcools, ayant par conséquent tous les caractères morphologiques et chromatiques du bacille de Koch. Malheureusement, *comme c'est la règle pour les urines*, le prélèvement n'étant pas aseptique (cocci et autres bacilles en témoignent), on ne sait s'il s'agit de pseudo-bacilles ou de véritables bacilles tuberculeux.

On pratique alors l'inoculation du culot de centrifugation provenant de 150 grammes d'urine du même échantillon. Le cobaye ne maigrit pas. Trois mois après, il est sacrifié. Le résultat est négatif. Il n'y a pas trace de tuberculose.

Par conséquent, comme je l'ai le premier affirmé (Voir *Sem. méd.*, 21 janvier 1903) en créant l'inoscopie, j'estime que l'examen direct des urines est un procédé souvent insuffisant et toujours dangereux lorsqu'il s'agit du diagnostic de la tuberculose des voies urinaires. Il faut absolument l'inoculation. L'inoscopie doit être réservée aux sérosités dont on peut garantir l'asepsie.

Comme il est convenu que le cathétérisme urétéral est une opération innocente, non douloureuse, je n'aurai pas le mauvais goût d'insister sur les accidents qu'a présentés ce malade pendant deux jours et qui l'ont forcé à se mettre au lit.

A propos de la lithiase biliaire.

M. Tuffier. — La question actuellement discutée porte sur deux points : 1° le diagnostic des obstructions du cholédoque et surtout la difficulté d'en reconnaître la cause; 2° la conduite à tenir en pareils cas, et en particulier la valeur de la cholédocotomie avec ou sans sutures. J'aborderai successivement ces deux points.

I. Le diagnostic de l'obstacle au cours de la bile dans le cholédoque — c'est le diagnostic des ictères chroniques par rétention — me paraît souvent difficile *avant* l'opération, quelquefois *pendant* l'intervention et, dans quelques cas rares, même *après* l'intervention. Avant l'opération le diagnostic se pose entre un calcul ou une tumeur de nature quelconque. Pendant l'opération, on hésite entre un cancer ou une pancréatite chronique. En général, le calcul peut être alors reconnu.

Il y a des cas faciles où les crises antécédentes de colique hépatique permettent le diagnostic de lithiase, et cependant j'ai vu un néoplasme de la tête du pancréas simuler absolument ces crises lithiasiques, et cela chez une femme de trente-cinq ans. De même, la présence d'une tumeur pancréatique est la signature de la lésion pathologique, mais elle manque dans le plus grand nombre des cas, et le développement exagéré de la vésicule peut faire défaut; il manque même presque fatalement dans certaines tumeurs du canal cystique et du cholédoque que je vous signalerai (obs. II) et vraiment le diagnostic est alors bien incertain, d'autant plus que l'hémodiagnostic donne alors des résultats que l'ictère ou les accidents infectieux concomitants rendent plus difficiles à interpréter. Voici un fait où avant l'opération, et d'ailleurs pendant et après l'opération, le diagnostic est bien difficile.

OBS. I. *Péricholédocyte ou pancréatite chronique.* — G... (Jean), cinquante ans, entre le 25 mars 1903, salle Malgaigne. Hôpital Beaujon.

Le malade a eu, en 1897, plusieurs crises de coliques hépatiques, dix environ en un an. Jusqu'au 1er janvier 1903, bonne santé, pas de crises. A ce moment, il commence à devenir jaune. Il ressent, à *intervalles irréguliers*, des douleurs assez vives dans la région du foie, sans siège précis, sans irradiations scapulaire, ni cervicale. Au moment de ses crises, il présente une coloration plus marquée des téguments; les selles sont décolorées.

Au mois de février, il a un premier accès de fièvre avec frisson, chaleur et sueur. Depuis, les accès surviennent de préférence dans la soirée, ils n'apparaissent pas à intervalles réguliers.

Actuellement, le malade présente un ictère jaune foncé, ses selles sont décolorées. Il éprouve une douleur hépatique continue avec exaspération coïncidant avec les accès fiévreux. Son foie est volumineux, descend à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Il est douloureux à la palpation et à la percussion.

On ne sent pas de tumeur biliaire. La rate ne semble pas augmentée de volume.

Le malade est très amaigri, il a de l'hypothermie. Son pouls est lent.

Opération. — Le 28 mars, incision sur le bord externe du grand droit. On explore successivement le duodénum, le pancréas, le canal cholédoque, sans trouver autre chose qu'une induration mal délimitée et siégeant sur la tête du pancréas.

La vésicule biliaire est petite, épaissie, cachée sous le foie. On l'incise et on met le doigt à l'intérieur; le canal cystique est dilaté, on croirait avoir pénétré dans le cholédoque. Il s'écoule une bile noirâtre. On suture la vésicule biliaire à la paroi abdominale avec du catgut.

Drainage de la vésicule, de l'espace sous-vésiculaire et drainage abdominal. On ferme l'abdomen aux crins de Florence. Les jours suivants, écoulement extrêmement abondant, et, de l'espace sous-vésiculaire, il vient un liquide fétide.

Suites opératoires. — La température est normale, le pouls redevient bon; les téguments sont moins colorés, mais les matières le sont complètement.

8 mai : Le malade passe à Ambroise-Paré; depuis son opération va très bien. Son facies présente une teinte normale, les selles sont colorées. Son état général est bon. A la date du 15 juillet, il est parfaitement bien portant. (Obs. prise par M. Cheurlot.)

A propos de ce diagnostic, avant l'opération, voici un de ces cas où la disposition des lésions est telle que le signe Courvoisier-Terrier manque presque fatalement.

Obs. II. *Hépaticogastrostomie pour un cancer oblitérant le cholédoque et le canal cystique.* — D... (Jeanne), quarante-deux ans, employée de la ville, entrée le 7 décembre 1903, salle Jarjavay. Hôpital Beaujon.

Entre à l'hôpital pour un ictère chronique très foncé avec douleurs abdominales.

Antécédents héréditaires. — Rien.

Antécédents consanguins. — Un frère mort de tuberculose à dix-huit ans.

Antécédents personnels. — A vingt ans, elle a une péritonite. La même année, en 1879, elle a été opérée à Lariboisière pour une fistule.

La maladie a débuté, il y a trois mois, par des douleurs lombaires. Elles ont augmenté progressivement et sont maintenant en ceinture.

Il y a un mois, la malade devient jaune; ses matières sont décolorées.

Les douleurs sont épigastriques, irradiant dans tout le ventre et le dos.

La malade n'a pas de troubles gastriques, elle n'a jamais eu de vomissements.

1° *Inspection.* — La malade présente une teinte jaune très marquée. Elle n'a pas beaucoup maigri.

2° *Palpation.* — On sent dans le creux épigastrique une tumeur lisse, régulière, dure et un peu oblongue. On sent, transmis par la tumeur, les battements de l'aorte abdominale. Cette tumeur est soulevée par ces battements, mais n'est pas extensible.

Par la palpation, on réveille de la douleur; le maximum siège à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'ombilic. Ces douleurs ne sont pas spontanées, la pression les fait irradier vers le dos.

3° *Percussion.* — Matité au niveau de la tumeur.

Foie. — Le foie est un peu augmenté de volume, dépasse le rebord des fausses côtes; il est lisse, régulier, son bord est tranchant, la vésicule n'est pas perceptible.

Cœur. — Les bruits sont bien claqués, pas de lésion valvulaire. Le pouls est un peu lent.

Rein. — Ni sucre, ni albumine.

Appareil digestif. — Bon. La malade a bon appétit, digère bien, va bien à la garde-robe. Elle a de la répugnance pour les matières grasses. Les selles ont été normales jusqu'à ces derniers temps; elles sont maintenant décolorées.

Le diagnostic est : tumeur de la tête du pancréas avec oblitération du cholédoque, et l'indication opératoire est : cholécystentérostomie.

Opération le 11 décembre 1902. — Aide M. Guibal. Incision épigastrique médiane.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve l'estomac appliqué derrière la paroi, auquel on fait une piqûre de la séreuse adhérente. Cette piqûre est fermée par des points en bourse.

Derrière l'estomac, on trouve une tumeur remontant jusqu'au voisinage du foie, irrégulière, avec engorgement ganglionnaire.

Elle est dure, et c'est bien un néoplasme de la tête du pancréas.

Au-dessous de l'estomac, on trouve un cordon souple, dépressible, bleuâtre, ressemblant à la veine porte, et, sur le côté gauche de ce cordon, on trouve l'artère et la veine hépatiques. A droite, on isole le canal cystique qui va se perdre dans la tumeur au-dessous de la grosse dilatation veineuse (?) Pensant qu'il peut s'agir du canal hépatique distendu, on fait une ponction et on retire un liquide fluide légèrement verdâtre qui n'est autre que de la bile. L'extrémité inférieure du canal vient buter sur la petite courbure de l'estomac et le néoplasme qui se trouve à ce niveau. Par la ponction du cholédoque, on retire 200 gr. d'un liquide verdâtre.

On fait alors une ouverture transversale de l'estomac en avant des adhérences que la tumeur présente à ce niveau, et on abouche l'estomac avec le canal hépatique.

L'anastomose est rendue difficile par la distension très grande du cholédoque qui a la minceur d'une feuille de papier. On fait deux rangs de suture dont l'un d'approche au fil de lin, en conservant les adhérences de la face postérieure de l'estomac à la tumeur.

On résèque alors une plaque d'épiploon que l'on plaque sur la suture et que l'on maintient là par des points séparés au catgut.

On met deux drains et deux mèches de chaque côté du cholédoque et de l'estomac.

En suturant la paroi abdominale, on suture également la face antérieure de l'estomac pour le fixer et empêcher les tractions au niveau de la suture.

Le canal cystique avait son abouchement dans le cholédoque, était comprimé, oblitéré, et la vésicule biliaire ne contenait pas de liquide.

Le foie n'est pas altéré.

Suites opératoires. — Au lendemain de l'opération, les selles sont colorées et perdent leur fétidité.

17 *décembre.* — Il se fait une petite fistule biliaire, les selles sont moins colorées. Du 11 au 17, la teinte ictérique avait beaucoup diminué.

23 *décembre.* — La malade se sent bien, elle a bon appétit, mais, dès qu'elle prend des aliments, elle a aussitôt besoin d'aller à la selle. Diarrhée continuelle, les selles sont décolorées.

Peu à peu la malade se cachectise, perdant une partie de sa bile par la fistule, et elle succombe le 19 janvier 1904. (Obs. de M. Guibal.)

Voici maintenant des faits qui nous prouveront combien, les pièces en mains, l'obstacle sous l'œil et sous le doigt, il est difficile de préciser la nature des lésions. L'amélioration pendant plusieurs mois après la cholécystentérostomie ne nous donne pas la clef du diagnostic, car l'opération améliore tous les malades, quelle que soit la nature même des lésions. Là comme dans la gastroentérostomie pour cancer douteux de l'estomac, c'est l'état du malade à très longue échéance qui permettra le diagnostic.

Obs. III. *Ictère chronique de cause X. Cholécystentérostomie.* — T... (Jean), cinquante ans, entré le 16 octobre 1897. Hôpital de la Pitié.

Père mort tuberculeux, jeune. Mère morte de vieillesse. Un frère mort bacillaire.

Jamais de maladies, sauf de mauvaises digestions. Coliques extrêmement vives, crampes d'estomac fréquentes et douleurs de ventre survenant deux à trois heures après le repas. Le malade n'aurait jamais présenté d'ictère à la suite de ces coliques; cependant, il y à trois ans, il remarque par la réflexion d'un de ses collègues qu'il avait les yeux légèrement teintés en jaune.

Les urines de même devenaient un peu plus foncées à la suite de ces coliques.

Il ne put donner des renseignements sur la couleur de ses selles.

Les douleurs ressenties étaient localisées autour de l'ombilic, sans irradiations du côté de l'épaule.

Vomissements, glaireux, bilieux quelquefois.

Une purgation soulageait le malade.

Le 20 juillet dernier, le malade est pris de coliques, et de crampes au niveau de l'estomac, douleurs s'irradiant vers les reins.

Diminution de l'appétit, mais sans vomissements ni constipation.

C'est son entourage qui au bout d'une douzaine de jours s'aperçut de la teinte jaunâtre du visage.

Le 2 août, ictère très net, on mande le médecin qui administre une purgation à la suite de laquelle le malade rend des matières absolument blanches.

Les urines étaient très colorées, renfermant de la bile.

Dès le début, le malade eut de vives démangeaisons que calmèrent de grands bains.

Le 27 août, on envoie le malade à Vichy pour une cure de vingt jours.

Mais à la suite de ce traitement, l'état de ce malade ne s'est guère amélioré, et la teinte jaunâtre des téguments vise de plus en plus au jaune noir qui est la coloration qu'ils présentent actuellement.

État local. — Le foie déborde de 2 travers de doigt le rebord des fausses côtes, et sur le bord extérieur du grand droit, au niveau du bord tranchant de la glande hépatique, on sent une tuméfaction arrondie, mamelonnée, très nette, qui semble être la vésicule biliaire.

Tous les autres appareils fonctionnent régulièrement, mais le malade est sourd de l'oreille gauche.

Il est envoyé dans le service par M. Gilbert d'où il nous est adressé.

Opération (19 octobre 97). — Ethérisation.

Incision sur le bord externe du grand droit, on tombe sur une vésicule très distendue et très épaissie avec quelques adhérences au niveau de l'épiploon; on explore la vésicule, le, canal cystique, le canal cholédoque et le pancréas, qui présente seulement une légère induration au niveau de l'hiatus de Winslow, mais toutes ces recherches restent vaines et il est impossible de trouver un obstacle nettement appréciable au cours de la bile.

On ponctionne alors la vésicule avec un appareil aspirateur et il s'en écoule environ 200 grammes d'un liquide noir, visqueux qui a beaucoup de peine à passer dans le tube de l'aspirateur.

Puis on incise au bistouri la vésicule de chaque côté de l'orifice de la ponction, puis on la fixe à la première anse jéjunale.

M. Tuffier continue l'opération en suivant une technique identique à celle de la gastroentérostomie, c'est-à-dire qu'il passe d'abord tous ses fils, même les antérieurs, avant d'ouvrir les cavités, qui doivent se correspondre afin de réduire au minimum les chances d'infection.

Toutes les sutures à la soie.

Suites opératoires. 20 octobre. — Le malade est dans un excellent état. Pouls très bon, pas de fièvre.

21 *octobre.* — Il s'alimente avec du lait et du champagne.

Les selles sont toujours décolorées et les urines toujours teintées, mais le pouls est excellent et la fièvre nulle.

25 *octobre.* — Le malade se plaint d'un goût de bile dans la bouche. Langue saburrale. Sommeil reposant avec une piqûre de morphine.

Pouls régulier calme.

Alimentation, 1 litre de lait et 1/2 bouteille de champagne.

1er *novembre.* — Passage à Broca.

Le malade va bien, ictère reste très intense et très foncé, matières peu décolorées. Le malade se sent très bien, digère tous les aliments; aucunes démangeaisons. Les forces reparaissent. Pas de température.

7 *novembre.* — Le malade quitte l'hôpital relativement bien portant, mais les matières sont plus ou moins colorées.

Le malade revient à la visite de M. Tuffier tous les quinze jours pendant trois mois environ et ne se plaint aucunement. Guérison complète. (Obs. de M. Dujarier.)

OBS. IV. *Cholécysto-colostomie pour ictère par rétention avec calculs de la vésicule sans obstacle appréciable dans ou autour du cholédoque.* — M..., cinquante-neuf ans, entré le 27 septembre 1902, salle Jarjavay. Hôpital Beaujon.

La malade a la jaunisse.

Réglée à treize ans et demi. — Ménopause à quarante-sept ans.

Règles toujours douloureuses, abondantes, durée sept à huit jours.

La malade a une fille de trente-six ans.

Ses parents sont morts à un âge très avancé.

On ne relève dans ses antécédents que quelques troubles gastriques vers l'âge de trente ans.

Il y a deux ans, la malade a eu six à huit crises douloureuses.

Douleurs « atroces » survenant aussitôt après le repas, siégeant à l'épigastre et irradiant vers le bas-ventre; pas d'irradiations dans le dos, ni l'épaule.

Ces douleurs étaient accompagnées à la fois de vomissements et de selles diarrhéiques. Jamais d'hématémèse ni de méléna.

La malade eut ainsi six à huit crises, survenant à huit jours d'intervalle. Dès la première crise, elle remarqua que ses selles étaient décolorées. Il en fut de même à chaque crise, tandis que dans l'intervalle de deux crises consécutives les matières reprenaient leur coloration normale.

Depuis la dernière crise, c'est-à-dire depuis deux ans environ, la malade est restée faible, ne pouvant supporter aucune fatigue. En janvier dernier, la malade est grippée, et, pendant janvier, février et mars, elle dit avoir eu : toux sèche, fièvre le soir, abattement général.

A la fin mars, elle s'aperçoit qu'elle devient jaune et que ses selles sont décolorées. Son médecin la met au lait, purgations, lavements froids. L'ictère persiste, et enfin elle se décide à entrer à l'hôpital.

Actuellement, la malade est jaune verdâtre; elle se plaint de démangeaisons qui l'empêchent de dormir; elle a le dégoût de la viande; saveur amère.

Les selles sont décolorées, graisseuses, d'odeur fétide. Les urines sont peu abondantes, foncées, à reflets verdâtres. Elles ne contiennent *pas de sucre.*

Examen. — L'abdomen présente une légère saillie à droite et un peu au-dessous de l'ombilic.

La palpation fait découvrir une grosseur plus ou moins allongée, piriforme, qui se perd dans l'hypocondre droit.

Cette tumeur est suburate et sa matité se continue avec la matité hépatique. Elle paraît fluctuante.

Le foie déborde les dernières côtes de deux travers de doigt.

Diagnostic : Hésitant entre une lithiase biliaire ou un cancer des voies biliaires.

Opération, 4 octobre 1902. — Laparotomie médiane.

On tombe sur une vésicule grosse comme le poing, adhérente au coude formé par le côlon ascendant et le côlon transverse.

Ponction de la vésicule : 250 grammes bile d'un beau vert. Incision de la vésicule et extraction de quatre calculs gros comme la moitié de la phalangette du petit doigt.

La recherche du côté du cholédoque et du pancréas est négative.

Cholécysto-colostomie. — Drainage.

Le 5 *octobre.* — Drains plus petits.

Le 6 *octobre.* — Ablation du drain.

Le 10 *octobre.* — L'ictère disparaît assez rapidement. Les selles sont bien colorées.

Son médecin, venu dans le service le 27 mars 1903, nous dit que l'état de la malade reste très satisfaisant. (Obs. de M. Loubet.)

— Je crois que la fréquence de ces lésions non définies du pancréas s'explique par les recherches récentes du professeur Gilbert. Elles tendent à démontrer que les malades atteints d'angiocholites calculeuses ou non sont fréquemment porteurs de *canaliculites* des autres glandes, et particulièrement du pancréas ; il existerait là une véritable wirsungite capable de déterminer cette sclérose de la tête du pancréas, sclérose que nous trouvons, en effet, localisée au voisinage du cholédoque dans cette région où les deux canaux tendent au parallélisme. Les faits ultérieurs montreront la valeur de cette hypothèse.

II. — J'arrive maintenant à la thérapeutique de ces obstructions des voies biliaires :

1° Dans les cas de *cancer* ou d'*induration pancréatique indéterminée* je fais la cholécystentérostomie sur l'intestin grêle ; si je ne puis facilement l'aborder je fais la cholécysto-colostomie (obs. IV). Dans les cas où la tumeur oblitère le cholédoque et le cystique je fais l'hépatico-gastrostomie (obs. II) et je ferais volontiers l'hépatico-entérostomie.

Dans la lithiase, ce serait un pis aller applicable aux cas où la difficulté et les dangers de la cholédocotomie la rendraient particulièrement grave.

2° Dans les cas *de lithiase* du cholédoque je cherche toujours à faire d'abord le *refoulement* du calcul dans la vésicule, et cela parce que je considère la cholécystostomie comme plus simple et moins grave que la cholécodotomie, surtout chez les malades obèses ou chez ceux dont la région sous hépatique est sclérosée. Voici un cas dans lequel j'ai réussi à pratiquer ce refoulement.

Obs. V. *Ictère chronique par lithiase biliaire. — Refoulement d'un calcul du cholédoque dans la vésicule. — Cholécystostomie.* — D..., vingt-cinq ans, entré le 13 avril 1896. Hôpital Beaujon, service de M. Th. Auger.

Antécédents héréditaires. — Père mort de congestion pulmonaire.

Mère très bien portante.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à douze ans ; à dix-neuf ans, éprouve un grand chagrin qui modifie sensiblement son caractère. En 1892, étant au service militaire, après presque tous les repas le malade était pris de diarrhée. Pendant les deux derniers mois passés au régiment, en 1893, il est envoyé à Bourbonne-les-Bains pour une fracture.

A la fin de 1893, première crise de coliques hépatiques, avec ictère, décoloration des matières, douleur de l'épaule droite. Le malade reste huit jours couché ; le médecin qui le voit lui fait prendre du benzonaphtol.

Au bout de six mois, au commencement de 1894, nouvelle crise, aussi forte que la première (ictère et décoloration des matières). Le Dr Lan-

ceray qui voit le malade lui ordonne des gouttes de Baumé, des douches et des frictions au gant de crin ; au bout de cinq mois, nouvelles crises avec les mêmes caractères. Depuis ce moment, tous les trois ou quatre mois, crises de coliques hépatiques.

Depuis le 26 janvier crises tous les quatre ou cinq jours. Le malade est jaune continuellement. Il est au régime lacté exclusif. Comme traitement, huile d'olive, benzoate et salicylate de soude.

Au mois de février le malade a ressenti à droite un point de côté très violent au niveau des fausses côtes et qui a duré pendant huit jours.

Examen du malade. — Le 13 avril le malade entre à la maison de santé ; il est jaune et amaigri (il a maigri de 45 livres depuis le commencement de janvier). L'abdomen est douloureux à la palpation à droite.

Le foie n'est pas augmenté de volume. On sent la vésicule biliaire. Comme il a souffert atrocement depuis quelques mois le malade demande qu'on l'opère.

Opération 14 avril. — Incision de 8 centimètres sur le bord externe du grand droit. Ouverture de la vésicule biliaire après suture à la paroi (suture difficile par suite de la rétraction de la vésicule). On trouve trois cent vingt-six calculs gros comme des grains de plomb n° 2. Un calcul enchâtonné dans le cholédoque est retiré en le faisant remonter dans la vésicule. On met une mèche dans la vésicule et une autre dans la partie péritonéale.

Examen de la bile. — Le liquide contenu dans la vésicule est examiné par M. Claude :

Il contient du colibacille vivant et assez virulent, car un demi-centimètre cube inoculé dans la cuisse d'un cobaye a déterminé un phlegmon dont l'animal a d'ailleurs bien guéri.

Examen des calculs. — Deux calculs ont été ouverts et on a recueilli aseptiquement des fragments occupant leur centre. Ensemencés sur bouillon ces fragments ou poussières n'ont donné aucune culture. Il s'agissait de calculs mous s'évasant sous le doigt, à centre coloré en brun, noirâtre, très mou. La périphérie est gris brun, striée par les aiguilles des cristaux.

Suites opératoires. — Le 18, la mèche péritonéale est remplacée par un drain. On sonde le malade qui a de la rétention d'urine.

Le 20, la mèche de la vésicule est remplacée par un drain. Le drain péritonéal est raccourci, les fils sont enlevés.

Du 20 au 25 inclus écoulement abondant de bile qui oblige à changer le pansement deux fois par jour. La bile traverse l'épaisse couche d'ouate qui recouvre la plaie. A chaque pansement on recueille aseptiquement de la bile qui est confiée à l'examen de M. Voisin.

On reconnaît la présence de colibacilles.

A partir du 26, la bile ne s'écoule plus, on fait un pansement à l'iodoforme et à la pâte d'Unna.

La plaie est fermée, le malade n'est plus jaune, sa santé générale est bonne.

Le malade sort très bien portant le 14 mai 1896.

Dans la lithiase irréductible du cholédoque la *cholédocotomie* s'impose et le point spécial de la *suture du canal* est seul en litige. Les faits que j'ai rencontrés me font croire que sur cette question il ne peut y avoir de règle absolue, parce que les faits ne sont pas comparables entre eux. Je sais gré à M. Quénu de nous avoir préconisé, je dis préconisé, puisque M. Hartmann nous a dit qu'elle était connue depuis longtemps, la cholédocotomie sans suture. Elle nous rend de grands services. Déjà les faits de cholécystotomie avec drainage de la région sans suture possible de la vésicule à la peau, tels que M. Terrier nous les avait indiqués pour les cas où la vésicule ratatinée ne peut être amenée au contact de la paroi, déjà ces faits étaient une indication vers la pratique de ces voies biliaires artificielles, voies de nécessité, voies de fortune, mais je crois que ce sont là des pratiques de nécessité. Pour le cholédoque, la fréquence des canaliculites dans la lithiase étend le champ des indications de l'ouverture sans suture puisque la meilleure façon de rendre sa perméabilité à un canal enflammé, c'est de le mettre au repos; je crois cependant qu'il y a là des *indications* tirées de la difficulté d'atteindre le cholédoque, et des lésions mêmes de ce canal : indications générales et locales. Chez les malades très gras, et chez lesquels on fait non pas sous l'œil, mais à bout de doigt, l'incision du cholédoque, chez nos opérés dont la région sous-hépatique est scléreuse, il ne peut être question de placer une suture, on risque, en voulant passer un fil, de blesser un vaisseau. Je vais vous en donner une preuve dans un fait ultérieur (Obs. VIII). Sur les huit cholédocotomies que je vous rapporte, j'ai eu un cas de mort par hémorragie au huitième jour, après une cholédocotomie pour calcul, et cela parce que cette suture était trop difficile à bien faire.

Mais si le canal était sous le doigt, bien abordable, souple et avec un calcul arrondi sans trace de ces lésions scléreuses qui indiquent souvent un rétrécissement inflammatoire chronique des voies biliaires inférieures, je ne vois pas pourquoi on ne pratiquerait pas la suture. Mais ces faits sont rares, car je ne les ai pas rencontrés. En revanche, chez une malade chez laquelle je voyais le cholédoque insuffisamment dégagé pour faire une suture, j'ai employé une manœuvre assez simple : j'ai laissé à demeure pendant quarante-huit heures, unissant les deux lèvres de l'incision cholédocique, deux de ces pinces à griffes dites de Chaput. Ces deux pinces affrontaient les lèvres de la plaie à la manière de serre-fines, et elles faisaient office de drain. Le résultat n'a pas été parfait, mais je n'ai eu qu'un écoulement très minime de bile pendant quatre jours. Je crois cette application inoffensive et capable de rendre service.

Il est encore un fait pathologique spécial en face duquel je me suis trouvé trois fois et qui peut créer une indication opératoire particulière, c'est la *coïncidence de calculs du cholédoque* et de *la vésicule biliaire*. La conduite que j'ai tenue dans ces circonstances a été différente ; l'état général des malades le commandait ainsi. Dans le premier cas, j'ai fait une simple cholécystostomie ; dans les deux autres, j'ai fait simultanément la cholédocotomie et la cholécystostomie. Voici mon premier fait : j'ai dû pratiquer une cholécystotomie simple et aussi rapide que la sécurité de la malade le commandait et le permettait ; l'ictère, la fièvre, et les calculs dont la vésicule et le cholédoque étaient bourrés trouvèrent une issue suffisante et favorable par cette simple ouverture.

Obs. VI. — *Ictère à la suite de l'obstruction du cholédoque par de nombreux calculs. — Canal cystique et vésicule biliaire bourrés de calculs. — Infection grave. Cholécystostomie. — Guérison complète.* — B... (Marguerite), quarante-sept ans, entrée le 20 février 1897, pavillon Dolbeau, à la Pitié.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère morte de bronchite.

Antécédents personnels. — Pas de maladies dans sa jeunesse. Réglée à treize ans et demi très régulièrement. A vingt ans, première grossesse normale. A vingt-sept ans, deuxième grossesse normale.

Il y a sept ans, la malade eut des coliques hépatiques de peu de durée. Elle vint à la consultation de la Pitié où on lui ordonna de boire du lait coupé d'eau de Vichy. Ces coliques ne l'ont plus jamais reprise.

Il y a deux mois, la malade eut sans cause de la fièvre, du frisson et des sueurs.

La fièvre survenait le jour ou la nuit, durait quelques heures et disparaissait. A ce moment, la malade n'accusait pas de douleurs dans le côté droit et n'avait pas de jaunisse.

Ses règles étaient toujours régulières.

Il y a quinze jours, elle entre à l'hôpital parce que ses forces décroissaient petit à petit et qu'elle était devenue complètement jaune.

Elle entre à Cruveilhier, dans le service de M. Thibierge, où on la soumit au régime du lait et du benzoate de soude, mais la malade restait toujours jaune, sans aggravation des phénomènes et surtout sans douleur aucune au niveau de l'hypocondre droit.

Elle passe en chirurgie, dans le service de M. Tuffier, le 6 mars 1897.

État actuel. — A son entrée, voici ce que nous lui trouvons.

Inspection. — Le ventre est gros, sans bombement à la région épigastrique, mais sans dépression.

Palpation. — La palpation de l'abdomen, même profonde, quel que soit l'endroit où elle s'exerce, ne détermine aucune douleur, sauf peut-être à la bissection de l'angle xiphoïdo-costal à quatre travers de doigt au-dessous de l'appendice.

On ne sent pas de tuméfaction du foie.

Pas de frémissement hydatique.

Pas de tumeur stomacale.

Le foie déborde de un travers de doigt les fausses côtes et, s'il est difficile de sentir son bord antérieur, on sent assez nettement la vésicule sur une ligne descendant de un travers de doigt en dedans du mamelon droit, mais l'opération montra que ce qu'on croyait être la vésicule n'était que les adhérences qui la maintenaient au foie.

Percussion. — La matité absolue du foie mesure :

3 centimètres sur la ligne médiasternale.
5 centimètres sur la ligne mamelonnaire.
9 centimètres sur la ligne axillaire.

Une lame hépatique à gauche doit recouvrir la face antérieure de l'estomac sur une assez grande étendue.

Appareil digestif. — La malade a conservé son appétit. Les digestions sont faciles. Jamais de vomissements. Constipation tenace. Selles décolorées, blanches, grisâtres. Jamais de coliques.

Système nerveux. — 0.

Appareil génital. — Les règles sont régulières, non douloureuses.

La malade perd quelquefois un peu en blanc.

Le diagnostic porté par M. Thibierge est : *Lithiase biliaire et infection des voies biliaires.*

La malade est très amaigrie, très abattue. L'appétit a complètement disparu. La fièvre est élevée le soir, le matin est à 37 degrés.

La peau est sèche mais n'est pas le siège de démangeaisons.

La malade est complètement jaune.

La sclérotique oculaire est fortement teintée.

L'amaigrissement se serait surtout accentué depuis trois semaines.

La fièvre est élevée, la malade ayant même été jusqu'à 40°5. Il y a de grandes oscillations vespérales avec matinales.

La malade a un aspect abattu et triste.

Cœur et poumons sains.

Les urines sont fortement teintées, couleur de bière brune. Urobiline.

Opération. 9 mars. — On fait une incision latérale assez basse à cause de l'abaissement du foie. On trouve cet organe grisâtre, rétracté au niveau de la vésicule biliaire, celle-ci étant rétractée au mésocolon et à l'épiploon. En explorant l'hiatus de Winslow, on sent le cholédoque rempli de calculs, on l'attire en introduisant un doigt dans l'hiatus, l'autre sur le conduit biliaire et facilement amené, on aurait pu aisément l'inciser dans toute sa hauteur, ce qu'on n'a pas fait. On ferme la grande séreuse, puis on ouvre la vésicule dont on extrait deux calculs mous.

Toutes les sutures sont faites à la soie.

On explore alors le cholédoque avec un hystéromètre suffisamment recourbé et il s'en écoule un flot de bile jaunâtre, confirmant notre opinion première d'une vésicule ayant conservé ses rapports avec le foie ; d'ailleurs, la petite quantité de bile contenue dans la vésicule au moment de son ouverture prouve bien cette perméabilité et aussitôt qu'elle s'établit, il s'écoule une quantité contenue de bile vers la fistule ainsi créée.

On tamponne la vésicule à la gaze iodoformée, puis on suture à la peau.

Drainage et suture.

Pansement aseptique.

Suites opératoires. — Peu de douleurs. Le soir, température 37 degrés. Pouls régulier et fort. Pas de vomissements.

10 *mars.* — Le matin la malade se plaint d'être un peu oppressée, et a de la peine à expectorer.

Le pansement est refait ; les compresses en contact avec la plaie sont imbibées de bile jaune vert.

Urines sont très chargées de couleur, leur teinte est celle de la bière brune.

Au moment du pansement, un flot de bile s'écoule par le drain.

Le drain est laissé dans la vésicule.

Pansement aseptique.

En raison de l'oppression de la malade, on lui fait prendre de l'oxygène. Injection de caféine. Ventouses sèches sur le devant de la poitrine.

11 *mars.* — L'écoulement bilieux est très abondant, et a taché la chemise et les draps après avoir traversé d'épaisses couches d'ouate.

12, 13, 15, 16 *mars.* — Tous les jours, nouveau pansement; il existe toujours un abondant écoulement de bile. Les téguments ne sont pas excoriés. La bile que la malade rend par sa fistule est moins foncée que les jours suivants, c'est un liquide filant légèrement teinté en vert.

17 *mars.* — Au pansement du soir, on trouve dans l'embouchure de la fistule deux calculs triangulaires assez volumineux de couleur noirâtre ; la malade a ce soir une très légère élévation de température à 38 degrés. Elle se trouve, du reste, de mieux en mieux, et commence à s'alimenter avec bouillon, œufs, potage.

L'expulsion de ces calculs qui sont plus volumineux que ceux retirés au moment de l'opération, n'a été précédée d'aucuns phénomènes douloureux.

18 *mars.* — La température est élevée. M. Desfosses pratique le cathétérisme de la fistule et pénètre jusqu'à une profondeur de 12 centimètres. Il sort un flot de bile verdâtre avec grumeaux, mous, noirâtres.

19 *mars.* — Nouveau cathétérisme. L'écoulement de bile a beaucoup diminué.

20 *mars.* — La malade va très bien, se sent beaucoup mieux. Elle présente au niveau du sacrum un anthrax. Température cependant élevée.

21 *mars.* — On fait le cathétérisme de la fistule, il sort un flot de bile.

La sonde en gomme noire pénètre à 12 centimètres environ. Pour l'introduire, il faut parfois imprimer un mouvement de vis, et de temps à autre, on butte contre un obstacle qui paraît être.

22 *mars.* — La bile a coulé en quantité considérable et a traversé complètement les couches d'ouate. Nouveau cathétérisme, la bile qui sort est verdâtre et contient comme la veille des grumeaux noirâtres.

24 *mars.* — L'écoulement de bile continue avec grande abondance. Le cathétérisme permet de pénétrer à une grande profondeur. Ce matin, on trouve dans le pansement un calcul de la dimension d'un haricot. On sent avec la sonde un calcul.

La malade depuis plusieurs jours s'alimente : viande, œufs. L'appétit est revenu.

25 *mars.* — Ce matin on trouve dans le pansement trois gros calculs et quelques petits, ces calculs sont recouverts d'une boue noirâtre.

La bile sort en grande abondance, elle n'a plus la couleur vert pâle des jours précédents, elle est d'un beau jaune d'or.

Les matières sont toujours de couleur mastic.

La malade mange bien, dort bien, paraît moins jaune; elle présente toujours une ulcération à la base du coccyx.

26 *mars.* — Nouvelle expulsion de trois gros calculs noirs.

L'écoulement biliaire a diminué, aussi la température a légèrement monté. Matières fécales sont encore décolorées.

27 *mars.* — Ecoulement abondant de bile. On fait pénétrer dans la fistule toute la longueur de la sonde à urètre, soit 30 centimètres.

30 *mars.* — Expulsion d'un nouveau calcul. La malade commence à se lever. Cathétérisme pénètre également à 30 centimètres. La sonde pénètre dans la direction de l'ombilic.

31 *mars.* — Expulsion de quatre calculs. Même cathétérisme. Les urines sont colorées en jaune d'or.

1er *avril.* — Nouveau pansement, on cathétérise. Toujours les voies biliaires. La sonde pénètre profondément. On sent un calcul peu profond. Ce calcul ne peut être saisi dans les mors d'une pince, il est expulsé du reste spontanément dans la journée.

2 *avril.* — Pansement, aucun calcul n'a été expulsé. Le cathétérisme permet de pénétrer sur toute la longueur de la sonde. Avec l'instrument de Colin, on sent nettement un calcul au fond de la vésicule. Ce calcul paraît volumineux, mais il est fortement enclavé, et on ne parvient pas à l'extraire.

3 *avril.* — Pansement, cathétérisme comme les jours précédents. Le cathétérisme amène un calcul et une grande quantité de boue noirâtre.

Les escarres que la malade présente à la région sacrée creusent très profondément.

5 *avril.* — On trouve un nouveau calcul dans le pansement, le cathétérisme ramène une boue biliaire noirâtre, très épaisse, et une multitude de débris de calculs.

6 *avril.* — La malade rend dans la journée un gros calcul oblong.

Les jours suivants, la malade continue à perdre une grande quantité de bile, il sort plusieurs calculs irréguliers polyédriques. La bile est jaune très fluide.

Le 12 et 13 *avril.* — On laisse la sonde à demeure pendant la nuit. Cette sonde ayant pénétré à 30 centimètres environ, provoque des douleurs assez vives et irradiation dans le dos. Ablation d'un calcul avec une pince. La malade va bien, mange avec appétit, se promène pendant le jour.

15 *avril.* — Deux calculs sont extraits à la pince.

Mensuration : 15 centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule : Cuisse gauche, 31. Cuisse droite, 32.

L'abondant écoulement de la bile n'entrave pas la digestion de la

malade qui mange avec un grand appétit ; « elle dévore », dit-elle.

16 *avril.* — Ablation à la pince de nombreux calculs.

Du 16 au 22 *avril.* — Deux calculs seulement sont extraits en même temps que quelques fragments. On sent toujours des calculs dans la profondeur. L'état général de la malade est excellent. L'écoulement de bile est toujours aussi abondant.

26 *avril.* — Un calcul est expulsé spontanément. Les matières commencent à se colorer. L'écoulement de bile est moins abondant.

29 *avril.* — Les matières sont colorées comme normalement.

30 *avril.* — 15 centimètres au-dessus du bord de la rotule : cuisse gauche, 36 ; cuisse droite, 38. Ecoulement de la bile a beaucoup diminué.

30 *mai.* — Pansements régulièrement tous les jours.

L'écoulement de la bile diminue de plus en plus, mais il persiste toujours une fistule.

30 *juin.* — La fistule qui persiste a comme dimension celle d'une tête d'épingle.

J'ai revu cette malade dix-huit mois après l'opération ; elle était en parfait état. (Obs. de M. Desfosses.)

Chez mes deux autres malades, au contraire, je fis une *double taille* ; cholécyste et cholédoque furent incisés et drainés chacun pour leur compte ; c'est du reste la méthode que je crois applicable au plus grand nombre de ces cas de *localisations multiples de la lithiase biliaire.* Fait intéressant, ma seconde malade guérit plus rapidement de sa cholédocotomie que de la cholécystostomie.

Obs. VII. — *Ictère par lithiase biliaire vésiculaire et cholédocienne. Cholédocotomie et cholécystostomie. Guérison.*

B... (Alexandrine), cinquante ans, entrée le 6 mars 1900. (La Pitié.)

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier. Fut toujours bien portante jusqu'à quarante-sept ans. B... eut cinq enfants. Les trois premiers bien portants, les deux derniers morts en bas âge de maladies aiguës.

Il y a trois ans et demi eut une crise de coliques hépatiques, accompagnée de vomissements ; les accès se renouvelèrent à peu près tous les mois. Quelques mois plus tard la malade fut prise brusquement, après une courte diète, d'un ictère qui dure depuis deux ans avec plus ou moins d'intensité. Les urines sont rares, foncées, les matières décolorées. Prurit très intense surtout le soir et la nuit, ayant déterminé des lésions et grattage.

Les téguments sont jaunes, verdâtres. Les sclérotiques sont également jaunes. La peau est couverte d'une sorte de substance pulvérulente. La paroi abdominale est flasque. Le foie déborde de quatre travers de doigt le rebord des fausses côtes. On ne sent pas la vésicule biliaire. La rate est grosse. Rien au cœur. Pouls un peu ralenti. Pas de saignements de nez.

Appétit diminué. Répugnance pour les matières grasses. Matières décolorées. Urines pigmentées. Quantité à peu près normale. Trace d'albumine. La malade est plus irritable depuis le début de sa maladie.

Opération. — Cholédocotomie, cholécystostomie. Incision de 10 centimètres à peu près dans l'hypocondre droit sur le bord externe du muscle grand droit. On découvre le foie qui déborde largement les fausses côtes et, cachée dessous, la vésicule biliaire distendue. Dans le col de cet organe est un gros calcul qui voyage aisément dans toute la vésicule. On explore ensuite le canal cholédoque dans lequel on sent un calcul caché derrière le duodénum. On essaie vainement de faire remonter ce calcul dans la vésicule. On fend le cholédoque dans le sens de la longueur et coupe de grosses veines duodénales qui donnent énormément; on extrait un calcul gros comme une noisette, après avoir pincé les nombreuses veines dont le sang rend l'opération très difficile. On essaie de lier ces vaisseaux, mais sans résultat. On laisse des pinces à demeure. Le canal cholédoque est fermé avec deux pinces à griffes, et on place un Mikulicz au niveau.

On suture l'épiploon à la paroi abdominale pour éviter l'écoulement continuel de la bile. On fait ensuite une cholécystostomie. On a deux voies d'écoulement de la bile.

1° La fistule biliaire.

2° Orifice du cholédoque drainé par le Mikulicz.

Un seul plan de suture aux crins de Florence pour réunir les deux orifices.

10 *mars.* — Pas de température. La malade se plaint seulement d'une douleur causée par les pinces. L'écoulement de la bile se fait largement dans le pansement.

13 *mars.* — L'ictère diminue d'intensité. La malade paraît s'affaiblir un peu. Les matières se colorent progressivement de jour en jour.

15 *mars.* — La malade éprouve une vive douleur dans l'hypocondre droit. Elle geint constamment; de plus elle se plaint d'une douleur au palais. On voit une plaque érythémateuse, rouge, avec un point noir au centre. Le trajet du cholédoque ne donne plus.

19 *mars.* — Amélioration notable depuis deux jours. La cavité se draine abondamment par la mèche. L'ictère est très atténué. Vendredi on a trouvé un calcul dans la mèche et depuis cette époque l'écoulement de bile est beaucoup plus abondant.

20 *mars.* — L'écoulement de la bile est de plus en plus abondant. L'ictère a disparu.

22 *mars.* — Etat stationnaire. Malade s'alimente un peu. Selles normales

4 *avril.* — Le trajet de la vésicule biliaire est oblitéré.

9 *avril.* — Un petit abcès sous-cutané s'est formé aux deux points de suture. Ouverture et évacuation du pus. Bon état. Pas d'ictère.

4 *mai.* — La malade quitte le service dans un état de santé parfait. Plus d'ictère. Fistule fermée.

Obs. VIII. *Oblitération du cholédoque par un calcul. Calcul du cholécyste. Cholécystostomie. Cholédocotomie. Mort d'hémorragie secondaire.* — F... (Anne), cinquante-deux ans, entre le 24 mai 1897 (maison Dubois).

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une maladie de foie à soixante-six ans.

Antécédents personnels. — Jamais malade dans sa jeunesse. Réglée à onze ans très régulièrement. Quatre accouchements à dix-huit, vingt, vingt-cinq et trente ans. Tous normaux, sans jamais de fièvre après la délivrance.

Ménopause à quarante-huit ans. Sept mois après, la malade a pour la première fois des coliques hépatiques qui durèrent trois jours et les personnes de son entourage la trouvaient jaunie. Elle eut après cette crise une faiblesse générale et se plaignait de souffrir partout.

Puis elle eut d'autres accidents lithiasiques, en tout une douzaine de crises plus ou moins rapprochées, apparaissant au moment où la malade s'y attendait le moins et se jouant des précautions qu'elle prenait dans le choix des substances alimentaires; pendant toutes ces crises, la malade jaunissait, éprouvait de vives douleurs dans tout l'hypocondre droit et avait des selles décolorées.

Enfin, à la suite d'une de ces crises, il y a deux ans et trois mois, elle fut prise de démangeaisons insupportables, qu'elle ne pouvait tolérer, et force lui fut de quitter son ouvrage.

Le prurit lithiasique persiste encore aujourd'hui, comme le prouvent les lésions du grattage qui en résultèrent.

Actuellement la malade est amaigrie, et très jaunie de tout le corps et surtout des conjonctives.

En palpant la région du foie qui est douloureux, on sent dans la profondeur à droite du rebord externe du grand droit de ce côté, une tumeur nettement limitée et dure qu'on suppose être la vésicule remplie de calculs, la pression détermine un arrêt de la respiration. Le foie cependant ne déborde pas les fausses côtes.

La malade a bon appétit, mais les matières sont toujours décolorées.

Tous les autres appareils fonctionnent régulièrement.

Avec la bile recueillie, des préparations ont été faites sur deux lamelles : l'une a été colorée au bleu de Kuhne, l'autre suivant la méthode de Gram. On n'y trouve aucun élément pouvant faire croire à la présence d'un bacille quelconque.

Des cultures ont été faites sur bouillon à la peptone et sur gélose : ces ensemencements ont été portés à l'étuve et sont restés stériles au bout de plusieurs jours.

De ces examens on peut conclure à l'absence dans le liquide de microbes aérobies.

Opération (5 *juin* 1897). — Incision sur la ligne médiane allant de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. On explore le foie dans la région de la vésicule, on le trouve rétracté à ce niveau et il est impossible de sentir la vésicule aussi bien en avant qu'en arrière. L'exploration du cholédoque est matériellement impossible à cause des adhérences unissant la paroi à la face inférieure du foie et à la vésicule biliaire.

On fait alors une incision perpendiculaire à la précédente dépassant en dehors la vésicule biliaire; on procède alors à la séparation prudente, des adhérences de la vésicule dont on peut isoler le fond, puis on cherche et on arrive à saisir le cholédoque, en avant et en arrière; on

se rend alors parfaitement compte de l'existence dans son intérieur d'un gros calcul mobile.

On isole la vésicule en partie, puis peu à peu on la décolle pour arriver sur le cholédoque qu'on amène sur l'index gauche; on procède alors à la cholédocotomie qui est difficile à cause du très grand nombre d'adhérences et d'une considérable vascularité veineuse. On extrait alors, non sans difficulté, un gros beau calcul à facettes; puis on pratique le cathétérisme du cholédoque, qui est du volume d'un petit doigt, laisse échapper des flots d'un liquide jaunâtre, de bile; on essaie de suturer le cholédoque, ce qu'on ne peut faire qu'incomplètement. On laisse trois pinces à demeure, car l'hémostase est impossible au niveau du cholédoque.

Au moment de refermer l'abdomen, on trouve que la vésicule est gorgée de calculs, on la suture à la peau et on la sectionne, puis on en retire un assez gros calcul.

Au cours de l'opération, on est frappé par les grosses veines contenues dans le ligament falciforme et par la grande richesse veineuse du tissu cellulaire sous-péritonéal.

Toutes les sutures à la soie. Drainage.

Tamponnement de la vésicule et du cholédoque avec de la gaze iodoformée. Suture de la peau au crin.

Pansement aseptique. Calcul : Il est jaune noirâtre, du volume d'une noisette, à facettes énormes. 1.500 grammes de sérum immédiatement après l'opération.

Suites opératoires (6 *juin*). — On refait le pansement abondamment taché de bile et on enlève les pinces.

La malade va très bien.

7 *juin et* 8 *juin*. — On refait le pansement.

9 *juin*. — On retire les mèches et on laisse les drains. Il ne sort rien par la vésicule, on y laisse néanmoins le drain.

10 *juin*. — La bile coule toujours abondamment.

Le 12 *juin*, dans l'après-midi, la malade se plaint soudain de malaises et d'oppressions. On s'aperçoit que son pansement se tache de sang. L'interne de garde appelé fait trois piqûres d'ergotine et des injections sous-cutanées de sérum artificiel. Change le pansement.

M. Desfosses voit la malade à 5 heures 1/2. Le pansement est traversé de liquide sanglant. Il enlève les drains, coupe les points de suture, désunit les téguments sur une assez grande longueur. Du fond de la plaie qui est très profonde, s'élève une nappe de liquide sanguin rouge. Un tamponnement est fait avec de la gaze iodoformée dans la profondeur de la plaie. Le pansement renouvelé, M. Dujarier voit la malade à 6 h. 1/2, l'hémorragie semble arrêtée, le pansement n'est pas souillé de sang. La malade a de l'oppression, des vomissements. Piqûre caféine. La nuit n'a pas été mauvaise.

Le 13 *juin*, au matin, à 8 heures 1/2, M. Desfosses, de garde, est appelé; la malade est extrêmement pâle et sent qu'elle meurt, le pansement est traversé par le sang.

Le pouls n'est pas perceptible. Mlle Roussel vient de lui faire une pi-

qûre d'ergotine. On défait le pansement, sur les côtés de la gaze iodoformée du sang rouge coule en nappes ; de nouvelles mèches iodoformées sont introduites dans la profondeur, très loin vers la colonne vertébrale. La malade est arrivée à la période ultime, elle meurt à 9 heures pendant qu'on apprête une injection de sérum.

Autopsie. — Ouverture de la cavité abdominale. Tous les viscères sont enlevés et l'intestin est coupé entre deux ligatures au niveau de l'anse A. Puis on sectionne l'œsophage toujours entre deux fils au niveau du cardia. Cela fait, on retire intestins, estomac et foie tout ensemble. On érigne le foie en haut, puis on dissèque la veine cave avec soin, on la coupe en bas et on la rejette en haut sur le foie ; on tombe ainsi sur la face postérieure de la veine qu'on dissèque avec minutie.

On ouvre le duodénum et on va à la recherche de l'ampoule de Water, par laquelle on introduit une sonde qui remonte au niveau d'une coupe pratiquée en plein *tissu* hépatique, ce qui prouve que l'instrument est bien dans les voies biliaires.

La veine porte présente au niveau de sa partie moyenne environ une ecchymose ; mais en l'ouvrant, on reconnaît que ce gros tronc n'a pas été lésé. L'intégrité de la veine porte constatée, on va à la recherche du *tronc hépatique*. On le trouve normal, mais en introduisant une sonde molle dans une de ses branches, on voit nettement qu'une artère s'en détache et se dirige vers la partie pylorique, artère du volume de la radiale ; est ulcérée en plusieurs points et semble être l'origine de l'hémorragie. On renverse alors la pièce sur la région postérieure, puis on voit dans le fond de la plaie opératoire le canal cholédoque qu'il est facile de retrouver, puisqu'il y passe une sonde cannelée et on le voit ouvert complètement sur une longueur de 2 cent. 1/2. Sur l'artère lésée, on distingue un fil qui paraissait l'avoir traversée au moment de la suture du cholédoque, mais il est difficile d'affirmer que cette supposition correspond bien à la réalité. Quoi qu'il en soit, l'artère a saigné, car elle est ouverte sur deux points et on ne trouve pas de caillots obturateurs, comme cela serait dans le cas d'une ligature.

On a prélevé pour l'examen microscopique un fragment du foie.

En somme, dans ces cas de coïncidence de lithiase de la vésicule et du cholédoque, je ferais volontiers une double taille et un double drainage.

Rapport.

I. — *Gangrène en bloc du lobe pulmonaire supérieur gauche consécutive à une pneumonie franche aiguë. Crachats non fétides. Résection costale. Issue en masse du lobe gangrené. Mort.*

II. — *Traitement des brûlures par fils incandescents*, par M. le Dr Szczypiorski (de Mont-Saint-Martin).

Rapport par M. LEJARS.

Vous m'avez chargé de vous rapporter deux travaux qui nous ont été adressés par le Dr Szczypiorski, tous deux d'un réel intérêt.

Le premier se rapporte à une question récemment discutée ici, celle de la gangrène pulmonaire. Je ne veux pas rouvrir cette discussion aujourd'hui, je me contente de résumer le fait fort curieux qui nous est communiqué.

Il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans, ouvrier depuis l'âge de treize ans dans les usines métallurgiques de Mont-Saint-Martin. Il est pris, en décembre 1902, d'une pneumonie de la base gauche, qui paraît d'abord toute normale; puis, au neuvième jour, la fièvre monte, le sommet du poumon se prend, les crachats deviennent fort abondants et purulents, et, bien qu'ils ne soient pas fétides, M. Szczypiorski pense à une collection interlobaire avec gangrène probable.

Le 5 janvier 1903, il résèque la 6e côte et ouvre une cavité interlobaire remplie d'un magma purulent non fétide. Tout autour, le poumon est le siège d'un anthracosis des plus accusés, et l'auteur se demande si cette infiltration du poumon par les poussières charbonneuses et métalliques n'a pas été pour quelque chose dans l'absence constante de fétidité des crachats et du foyer.

Toujours est-il que, cinq jours après, en faisant le pansement, M. Szczypiorski retirait, sans le moindre effort, un bloc volumineux de parenchyme pulmonaire, qui figurait tout le lobe supérieur, détaché en masse et sphacélé; au fond de l'énorme cavité, on voyait la coupe béante d'une grosse bronche.

Le malade s'affaiblit rapidement et finit par succomber dans l'hecticité.

Il s'agissait donc bien d'un processus de sphacèle, malgré l'absence de fétidité, et d'un sphacèle de dimension tout à fait anormale.

La seconde note de M. Szczypiorski est toute pratique. Chez les ouvriers employés aux usines métallurgiques, chez les tréfileurs, les brûlures par fils incandescents sont loin d'être rares; elles sont de profondeur et d'étendue variables, mais, traitées par les moyens ordinaires, elles guérissent fort lentement et laissent des

désordres fonctionnels souvent considérables, en rapport avec les lésions profondes.

Or, ces brûlures sont nettes, comme des plaies par instrument tranchant. M. Szczypiorski a donc pensé qu'il y avait intérêt à les traiter comme de telles plaies : à les débrider, à exciser leurs bords, à suturer, s'il y a lieu, muscles et tendons, et à réunir, et cette pratique lui a donné d'heureux résultats.

M. Terrier. — J'ai vu plusieurs fois ces brûlures par l'électricité, et j'approuve pleinement la conduite de M. Szczypiorski. J'avais déjà remarqué la difficulté extrême de cicatrisation de ces plaies et vous trouverez ces faits dans la thèse de Oliveira-Néry, Paris 1895. Aussi l'extirpation des tissus malades — et leur réunion par première intention me paraît la méthode logique et de choix.

Du traitement des pleurésies purulentes chroniques invétérées,
par M. Ch. Souligoux.

Rapport par M. LEJARS.

M. le D[r] Souligoux, en nous lisant ici, il y a quelques semaines, un intéressant mémoire sur le Traitement des pleurésies purulentes chroniques invétérées, a rappelé notre attention sur un des problèmes les plus débattus et les plus difficiles de la chirurgie thoracique. Notre collègue des hôpitaux nous a communiqué quatre observations : deux d'entre elles ne nous arrêteront pas, l'une ayant trait à une femme très cachectique qui succomba deux jours après l'opération, et l'autre à un malade de cinquante ans, qui conserva une fistule, mais qui n'en retira pas moins un bénéfice fort appréciable de l'acte chirurgical, puisque, opéré en 1894, il était encore en 1901 relativement bien portant et capable de travailler.

Les deux autres faits de M. Souligoux ont une valeur beaucoup plus grande, car tous deux sont des exemples de guérison et de guérison intégrale, sans fistule, résultats qui ne sont pas absolument communs. Les deux opérés nous ont été présentés, et nous avons pu constater l'affaissement de la paroi dans la zone fort large de la résection, et la cicatrisation complète.

Le premier était un garçon de vingt et un ans, dont la maladie avait duré, en somme, six ans ; l'empyème originel datait de la fin de janvier 1897, et la guérison définitive n'avait été obtenue qu'en janvier 1903. Ponctionné d'abord à plusieurs reprises, soumis à l'opération de la pleurotomie simple, il avait été envoyé

finalement en 1899 à l'hôpital Lariboisière, où M. Souligoux l'opéra pour la première fois le 22 août.

Très amaigri et cachectisé, il portait, à droite, le long de la ligne axillaire, à la hauteur du 9e espace, une fistule donnant issue à un abondant écoulement de pus et s'ouvrant dans une cavité pleurale fort étendue, dont il était malaisé, d'ailleurs, de préciser les limites. M. Souligoux tailla et releva un grand lambeau convexe en bas, de 20 centimètres de hauteur, en découvrant tout le gril thoracique, de la 11e à la 5e côte, et des apophyses transverses aux cartilages ; il réséqua les 5e, 6e, 7e, 8e, 9e et 10e côtes, et, avec elles, la plèvre pariétale très épaissie, le périoste et les parois intercostales dans toute la surface correspondante.

Le poumon était rétracté dans la gouttière costo-vertébrale et maintenu par une coque épaisse. M. Souligoux se mit en devoir de le décortiquer : « J'essaie, écrit-il, de disséquer la fausse membrane recouvrant la plèvre viscérale, mais cela saigne beaucoup ; elle fait corps avec le poumon dont j'extrais des morceaux et je ne puis continuer. » Il chercha ensuite à mobiliser le poumon « en détruisant les adhérences qui maintenaient la fausse membrane fixée au thorax à la périphérie de la poche », en incisant à ce niveau, et, avec la main, en décollant l'organe sur toute sa périphérie. Mais le poumon n'était pas « bien vivant », il se mobilisait et se dilatait fort peu, et l'intervention, qui avait été longue, fut terminée là.

Elle fut suivie d'un résultat très appréciable ; la paroi s'affaissa, l'écoulement s'amoindrit, et, du même coup, l'état général devint meilleur.

Mais une fistule persistait, et, un an après, le 18 août 1900, M. Souligoux intervenait de nouveau. Il taillait un lambeau au-dessus du précédent, excisait les 5e, 4e, 3e et 2e côtes, et même une partie des apophyses transverses correspondantes, mobilisait le poumon à sa périphérie, et finissait par un drainage.

La poche se rétrécit encore, sans aboutir à une occlusion complète. Il fallut une troisième opération, le 4 avril 1901, puis une quatrième, le 2 septembre 1902, pour avoir raison de ce reliquat d'empyème ; toutes deux furent conduites sur le même plan que les précédentes : lambeaux excision plus étendue des côtes et de la paroi thoracique, mobilisation pulmonaire.

Aujourd'hui le malade est complètement guéri, et la radiographie que voici montre les grandes dimensions de la brèche thoracique.

Les détails que je viens de transcrire me permettront d'être plus bref sur la seconde observation, calquée sur la première, avec cette différence que deux interventions furent, ici, suffi-

santes. Il s'agissait d'un jeune homme qui portait depuis quatre ans un empyème chronique fistuleux. Taille du grand lambeau, résection des 6e, 7e, 8e et 9e côtes, des apophyses transverses au sternum, mobilisation du poumon, drainage. Quatorze mois après, nouvelle opération, qui permet de constater que l'empyème est réduit à une poche plate « formée en dedans par le poumon et en dehors par des côtes de nouvelle formation, développées aux dépens du périoste laissé lors de la première intervention ». Décollement du poumon, résection en bloc de la paroi. Cette fois la guérison fut obtenue d'emblée, et s'est maintenue.

Ces deux succès font honneur à M. Souligoux, car ce ne sont pas là, comme je le disais plus haut, des faits très courants, et l'on montre peu de ces grands empyèmes chroniques guéris totalement sans fistule.

A ces faits, notre collègue a joint un exposé fort judicieux de la question opératoire, telle qu'elle se présente aujourd'hui, et du choix qu'il convient de faire parmi les diverses méthodes proposées. Il montre que les indications doivent être tirées, pour une grande part, non seulement des dimensions et de la topographie de la poche, mais de la constitution de sa paroi. Certaines poches occupent toute la hauteur du thorax et, pour ainsi dire, toute sa profondeur, le poumon, refoulé contre le rachis, étant réduit à un moignon; d'autres, tout aussi étendus en hauteur, sont aplaties et toutes de surface; d'autres enfin, de dimensions totales plus restreintes, peuvent être aussi aplaties ou « en profondeur ». A ce premier élément, il faut en ajouter un autre, plus important encore : l'induration fibreuse de la paroi, de toute la paroi, l'immobilisation et la rétraction du poumon sous une coque inextensible et adhérente. C'est à ce double obstacle que l'intervention réparatrice doit s'attaquer surtout, et l'on comprend que toute méthode supposant la rétractilité de la paroi, telle que l'opération d'Eslander proprement dite, telle que la double section antérieure et postérieure des côtes, ne donne qu'un résultat médiocre, cette paroi fibreuse et fixe ne se prêtant nullement à la dépression spontanée, à la rétraction que l'on attend d'elle.

Deux types d'opérations restent en présence, pour ces empyèmes invétérés : la résection totale de la paroi thoracique, côtes, muscles et plèvre pariétale, dans l'aire de la cavité suppurée, sous un grand lambeau en U, relevé de bas en haut, c'est la méthode de Max Schede ; — la decortication pulmonaire par la méthode de M. Delorme.

Le plus souvent on est conduit à combiner ces deux manières de faire, à faire porter l'intervention à la fois sur la paroi et sur le poumon, et c'est là, en particulier, la pratique suivie par M. Sou-

ligoux chez ses malades. Il ajoute toutefois — et le fait n'est pas pour nous trop surpendre — que la décortication pulmonaire, au sens propre du mot, est souvent fort malaisée, que la coque se laisse difficilement disséquer sans déchirures pulmonaires; enfin qu'en supposant même une excision très étendue de la fausse membrane engainante, on n'obtient de la sorte — bien entendu, lors de poumon sclérosé et rétracté et de processus pleurétique ancien — qu'une sorte de hernie du parenchyme, lequel ne se mobilise pas en masse et reste fixé par son pourtour. Aussi notre collègue conseille-t-il de s'attaquer de préférence à la périphérie du poumon, d'inciser la coque fibreuse sur la circonférence, et de décoller les bords de l'organe qu'on libère peu à peu et qu'on détache, en détruisant leurs adhérences à la paroi.

Enfin la conclusion principale qui se dégage de l'étude de M. Souligoux, c'est qu'il y a tout intérêt à procéder par étapes, dans ce double travail de résection pariétale et de libération pulmonaire, et d'adopter, en un mot, une méthode *combinée* et *sucessive*. Et je suis, pour ma part, tout à fait de son avis.

Il me semble, du reste, qu'en dehors même des conditions mécaniques, des dimensions ou de la forme de la cavité d'empyème, nous devons tenir compte de deux autres éléments fort importants : 1° le degré de virulence, d'infection de la pleurésie chronique fistuleuse; 2° l'état général. On ne saurait en aucune façon tenir ces vastes poches pleurales pour des cavités de paroi indifférente, dont l'occlusion se réduit à une question à peu près exclusivement mécanique; les résections pariétales, quelles qu'elles soient, et les décortications pulmonaires, créent de larges surfaces d'inoculation, et le travail de réparation qui doit suivre et qui, lui seul, est curateur, est singulièrement modifié par la septicité de la poche et de son contenu. De plus, pour faire les frais de ces grandes restaurations, l'état général, un état général suffisamment bon, et, en particulier, le jeune âge, représentent un appoint considérable.

C'est pour cela qu'en présence d'un vaste empyème invétéré, en pleine suppuration, les opérations combinées et successives nous semblent aussi tout indiquées. Qu'on puisse, d'un seul coup, réaliser toute la besogne, réséquer toute la paroi jusqu'aux extrêmes limites de la poche et mobiliser le poumon, je n'en disconviens pas, et j'ai lu un mémoire de M. Max Jordan (de Heidelberg) où (1) vingt cas d'empyèmes chroniques avaient été traités de la sorte à la clinique de Gzerny, et où cette intervention totale

(1) Max Jordan. — Uber Thoraxresektionen bei Empyemfisteln und ihre Endresultate. *Beitr. z. klin. chir.*, 1902. Bd. XXXIV, p. 553.

d'emblée est défendue et préconisée. On ne saurait nier toutefois que ce ne soit là une pratique souvent dangereuse, que des morts rapides aient été de temps en temps observées, et aussi que la nécessité d'une opération complémentaire ultérieure ne s'en présente pas moins, dans un certain nombre de faits.

En procédant par étapes, on obtient, avec moins de dangers, un résultat pareil. D'ailleurs, je ne sais trop s'il faut voir là une méthode, à proprement parler, volontairement choisie et d'avance réglée; c'est plutôt une pratique de nécessité, le plus souvent, à laquelle on est amené par la force des choses, et pour ne pas dépasser la limite appréciable de résistance de son opéré.

J'ai été conduit à suivre plusieurs fois cette façon de procéder, et, en particulier, chez la malade que je vous ai présentée dans la dernière séance. Il s'agit d'une jeune femme qui avait été atteinte de pleurésie purulente en 1899 et soignée dans le service de M. Martin-Roux. Toute la moitié gauche du thorax était occupée par une vaste poche, fistuleuse en bas, à la hauteur du 8e espace, et qui remontait jusque sous l'omoplate : j'ai opéré six fois cette malade depuis 1899, taillant à chaque reprise un grand lambeau, réséquant les côtes et la paroi, et décortiquant ce qui restait de poumon; les premières interventions ont été fort longues, et, de fait, elles mettaient la malade dans un état inquiétant qui durait plusieurs jours; j'ai finalement réséqué les 10e, 9e, 8e, 7e, 6e, 5e, 4e, 3e côtes, depuis les cartilages jusqu'aux apophyses transverses, et, aujourd'hui, après ce long travail, la malade est complètement guérie, sans fistule, et, sur les deux tiers inférieurs du thorax, à gauche, la paroi affaissée est immédiatement adhérente au médiastin, et les battements du cœur s'y transmettent en la soulevant.

Je suis donc tout prêt à faire l'excision aussi radicale que possible, d'emblée, dans les cas où les conditions locales et générales s'y prêtent; mais, dans un bon nombre de faits, je pense, comme M. Souligoux, qu'on fera mieux de procéder par étapes, par occlusion progressive de la poche, et que la pratique combinée et successive sera très sage et tout indiquée.

M. Tuffier. — Chercher la symphyse pleurale dans les cas de vieil empyème, c'est le seul but que nous nous sommes tous et toujours proposés. Quant à la façon d'y arriver, il est certain pour moi que la multiplicité et la succession d'opérations partielles est la méthode opératoire qui est de beaucoup la plus efficace et surtout la moins dangereuse; c'est celle que j'ai suivie, ayant depuis longtemps abandonné ces larges, brillants et meurtriers Estlander.

Il est encore deux points sur lesquels je désire insister. Ces

opérations partielles successives doivent s'adresser à l'obstacle qui empêche la coalescence des deux parois costales et pulmonaires; il faut donc simplement chercher s'il existe du côté de la carapace pulmonaire ou du côté de la cage pleuro-thoracique et agir suivant sa constitution. Je me hâte de dire que la décortication pulmonaire ne m'a pas donné de bons résultats; dans un cas seulement j'ai vu après une très heureuse et très rare décortication complète le poumon, réduit au volume des deux poings, prendre son expansion et remplir séance tenante toute la cavité thoracique; ceci avait lieu à la Pitié en 1898 et vraiment le résultat immédiat fut remarquable, mais la cavité se reforma ultérieurement parce que l'asepsie de tout l'empyème était irréalisable. En dehors de ce fait je ne crois à l'efficacité, à la décortication que pour quelques points du poumon et je donne la préférence à la résection costale ou costo-pleuro-pariétale.

Il est un dernier point que M. Lejars a laissé dans l'ombre, c'est celui qui a trait à la nature de l'empyème; autant le succès est fréquent dans les pleurésies purulentes métapneumoniques autant il est rare chez les tuberculeux. Dans ce dernier cas, on fait bien quelques premières opérations partielles, mais en général les malades finissent par succomber avant que leur fistule ne soit tarie. Je crois donc que nous devons tenir le plus grand compte de l'origine de l'empyème avant de porter un pronostic opératoire ou thérapeutique.

M. Terrier. — J'ai opéré un malade considéré à juste titre comme tuberculeux, et que m'avait confié M. le D[r] Cornillon, de Vichy. Il présentait un empyème chronique. Je lui fis successivement plusieurs opérations : en 1896, 1897 et 1899. Je réséquai d'abord six côtes, la cavité diminua, mais la suppuration persistait. Je réséquai plus en avant et en arrière les côtes primitivement enlevées. Il eut des hémoptysies intercurrentes et deux perforations tuberculeuses du poumon malade. Bref, après quatre résections successives, j'arrivai au niveau de la deuxième côte que je crus devoir respecter, d'autant plus qu'il existait derrière elle une caverne.

Malgré sa tuberculose ce malade est guéri. Il se porte actuellement très bien, au grand étonnement de son opérateur et de sa famille. Dans toutes ces opérations, je n'ai été guidé que par la préoccupation de ne faire courir que le moindre risque à mon malade.

M. Lucas-Championnière. — Il y a bien longtemps que j'ai établi la nécessité de ces opérations successives, j'en ai parlé ici

plusieurs fois, je n'ai pas hésité à réséquer jusqu'à la seconde côte. Mais je crois que les tuberculeux guéris comme celui de M. Terrier constituent l'exception. En général comme le disait M. Tuffier ces malades supportent bien les premières opérations mais ils finissent par se cachectiser et par succomber.

M. Terrier. — La guérison de cette pleurésie tuberculeuse est rare. Je m'empresse de dire que je n'aurais jamais fait la décortication pulmonaire, car j'aurais certainement déchiré le poumon et je partage sur ces points l'opinion de M. Tuffier.

M. Peyrot. — Les observations qui font la base du travail de M. Souligoux et du rapport de M. Lejars offrent le plus grand intérêt. Je les connais très bien. Elles ont été prises dans mon service. J'ai donc pu apprécier tout le mérite de leur auteur.

Je dois m'empresser de dire que M. Souligoux ne prétend en aucune façon avoir établi le premier ce que je considère pour ma part depuis longtemps comme une règle dans le traitement des vastes cavités pleurétiques, à savoir la nécessité de procéder par opérations successives. Cette conduite a été bien exposée pour la première fois peut-être par M. Championnière, il y a déjà fort longtemps. Je l'ai moi-même indiquée souvent, soit à la Société de chirurgie, soit dans les articles que j'ai écrits sur l'opération d'Estlander.

Je pourrais vous montrer la photographie d'un malade chez lequel j'ai ainsi, par des opérations successives, enlevé il y a huit à dix ans toute la moitié droite du thorax.

Dans des conditions à peu près semblables, plusieurs malades ont bénéficié entre mes mains de la même méthode, et chez l'un d'eux j'ai noté un fait analogue à celui que racontait tout à l'heure M. Terrier. Après deux opérations successives, une petite cavité subsistait au haut du thorax. Il aurait fallu réséquer la seconde et la première côte pour l'atteindre. J'essayai d'éviter cette intervention et j'ai eu la satisfaction de voir ce prolongement guérir par le simple drainage et l'injection de solutions iodées.

Ai-je besoin de dire que pour moi la guérison ne s'obtient que par l'application de la paroi contre le poumon et la symphyse des deux surfaces? Il en est ainsi dans la pleurésie purulente la plus simple ; à plus forte raison dans celles qui nous occupent.

Je n'ai pas entendu M. Lejars nous exposer ce qui m'a paru, dans la pratique de M. Souligoux, particulièrement intéressant, je veux parler de la libération du poumon au niveau de ses attaches à la paroi. Peut-être n'en est-il pas beaucoup question dans son mémoire. Cette libération ne peut guère être obtenue que dans les

cavités relativement restreintes. Alors, sans avoir recours à la décortication proprement dite dans laquelle j'ai peu de confiance, on peut quelquefois avec avantage sectionner la zone fibreuse épaisse qui comble le fossé placé à la jonction de la surface pulmonaire d'une part et de la surface interne de la paroi thoracique de l'autre. Cette solide adhérence, une fois divisée, le poumon retrouve la faculté de subir une expansion très notable.

Présentation de malade.

Fracture de la rotule. Traitement non sanglant. Guérison.

M. Rochard. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter un jeune homme atteint de fracture transversale de la rotule que j'ai traitée par la simple ponction de l'articulation, l'immobilité et l'élévation du membre ; l'écartement était environ d'un centimètre et j'aurais pratiqué la suture si ce jeune homme, dans une chute de huit mètres, ne s'était fait en même temps une fracture de cuisse compliquée de plaie du côté opposé et une fracture du radius droit.

Comme vous le voyez, la consolidation est parfaite et les mouvements de flexion complets; il faut dire que l'accident date de cinq mois. Il est certain que n'importe quel procédé sanglant n'aurait donné un meilleur résultat.

M. Peyrot. — Ce malade m'en rappelle un autre qui est encore dans mon service à Lariboisière. C'est un jeune homme qui dans une chute d'un lieu élevé, s'est fracturé directement les deux rotules. Au premier examen, on trouva un épanchement très abondant dans les deux genoux et des fragments qui semblaient nombreux surtout à gauche, basculés les uns sur les autres, irréguliers, brefs, disposés de façon à donner l'idée de graves fractures comminutives.

Le blessé avait de graves contusions thoraciques, il était fort souffrant; on négligea ses rotules, se réservant de les revoir au bout de quelque temps; on se borna à l'application d'un double bandage ouaté, légèrement compressif.

Au bout de neuf jours, le pansement étant défait, grande fut notre surprise. A droite, les fragments étaient en contact parfait, et il était déjà difficile de les mobiliser les uns sur les autres.

A gauche, un écartement de quelques millimètres subsistait entre les deux fragments principaux ; mais il est probable qu'après quelques jours il aura disparu comme à droite.

Il s'agit là, je pense, de fractures qui à raison de leur origine — elles se sont faites par cause directe, — ne se sont pas compliquées du glissement des plans aponévrotiques du genou qui amènent l'interposition de ces parties entre les fragments. Dans ces conditions, après la résorption de l'épanchement, le contact des surfaces osseuses peut être parfait, et rien ne s'oppose à la consolidation normale.

M. Poirier. — Je tiens à bien faire remarquer que cette consolidation a trait à une fracture sans écartement, c'est-à-dire sans rupture des parties fibreuses périrotuliennes qui ont joué le rôle d'un véritable cerclage fibreux.

M. Tuffier. — La fracture dont parle M. Peyrot est une fracture comminutive, et nous savons depuis toujours que ce sont là des fractures qui autrefois même donnaient des cals osseux. Il y a quelque quinze ans alors que nous nous occupions de cette question, mon collègue Chaput et moi; tous les cals osseux de fractures de la rotule que nous avions trouvés au musée Dupuytren étaient consécutifs à des fractures comminutives.

M. Peyrot. — Je sais que ce sont ces formes de fractures qui en effet donnaient sans suture les meilleurs résultats.

M. Rochard. — Au moment de l'accident mon malade avait entre ses fragments un centimètre d'écart, après la ponction, les fragments étaient au contact.

Tic douloureux de la face. Résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique. Amélioration très sensible.

M. Poirier. — Le malade que je vous présente m'avait été envoyé pour que je lui fisse la résection du ganglion de Gasser; séduit par un plaidoyer persuasif de mon collègue et ami Delbet, je lui ai fait la résection du ganglion cervical supérieur du côté malade, ajournant à plus tard la résection du Gasser que je considère comme une opération délicate et grave, sur le vivant, même par le procédé dont j'ai réglé les temps.

Jusqu'ici, je me félicite du résultat obtenu par une opération courte, facile, sans danger. L'amélioration est grande; le malade qui songeait au suicide est heureux de vivre. Mais nous ne sommes qu'à six mois de l'opération : il serait prématuré de parler de guérison.

Comme nous le montrera l'observation résumée qui suit, l'amélioration s'est produite progressivement.

Observation résumée. — Th... (F.), cinquante-trois ans, originaire des Basses-Pyrénées, employé aux pompes funèbres, entre le 27 octobre 1902 à l'hôpital Tenon, salle Lisfranc, n° 1, pour une névralgie faciale datant de sept ans.

Antécédents héréditaires. — A peu près négatifs.

Antécédents personnels. — Pas de fièvre typhoïde, ni scarlatine, ni grippe. Le malade n'est ni syphilitique, ni tuberculeux, ni alcoolique. On ne note aucune affection des fosses nasales, de l'oreille, de l'œil et des dents.

A l'âge de cinq ans, le malade reçut un coup de pied de cheval un peu au-dessous de l'arcade sourcilière droite; il y eut élimination de deux petites coquilles osseuses. La plaie fut longue à guérir. La cicatrice, encore visible, n'est pas douloureuse; elle est adhérente à l'os, mais, par la pression, on ne provoque aucune crise douloureuse. A la suite de cet accident, le malade n'a eu ni convulsions, ni paralysies, ni céphalalgie.

Il y a douze ans, sciatique double sans cause appréciable. Bien que cette sciatique fût très douloureuse, le malade reste six mois sans se faire soigner, puis entre à l'hôpital d'où il sort trois mois après complètement guéri, à la suite d'application de vésicatoires et de pointes de feu.

L'année suivante, nouvelle sciatique double; mais elle dure quelques semaines seulement, ne laissant comme trace qu'un peu d'engourdissement des membres inférieurs.

Tous ces phénomènes disparaissent au moment où surviennent les crises de névralgie faciale.

Ces crises de névralgie faciale débutèrent il y a *sept ans* : ce furent d'abord de violentes névralgies dentaires siégeant sur la moitié droite du maxillaire supérieur. Rapidement, les dents deviennent douloureuses, puis les régions orbitaire et pariétale droites le deviennent à leur tour. Bientôt la douleur envahit tout le côté droit de la face, mais son maximum est sur le maxillaire supérieur.

Le malade entré à l'hôpital se fait enlever, *mais sans résultat*, les dents du maxillaire supérieur droit, puis celles du maxillaire gauche.

Malgré un traitement médical intensif, les douleurs furent atroces *pendant trois mois*; le malade avait même des idées de suicide et fut gardé à vue.

Puis, survint une *accalmie* qui dura deux ans.

Il y a quatre ans, nouvelle période de crises douloureuses : elle dure un mois.

Nouvelle *accalmie* pendant trois ans,

Il y a *cinq semaines*, les crises reparaissent plus intenses et plus fréquentes; le malade se décide à réclamer une intervention chirurgicale.

Actuellement, le malade a environ une *vingtaine de crises* par vingt-quatre heures; ce sont surtout des crises diurnes. Quelquefois, cepen-

dant, elles surviennent la nuit et réveillent alors brusquement le malade. *Leur durée* est de quelques minutes à une heure.

Les douleurs sont *atroces* et comparées, par le malade, à des brûlures, des sensations de broiement, d'arrachement, des étincelles électriques, des raies de feu; leur violence atteint son maximum au début de la crise.

Le malade sent venir sa crise par certains signes de malaise général et de tension, par un peu de larmoiement de l'œil droit.

La crise commencée, les douleurs *siègent* sur toute la moitié droite du crâne et de la face, mais leur maximum est au centre de la région pariétale, à l'arcade sourcilière et à la commissure labiale. Toute la peau est douloureuse, ainsi que les rebords alvéolaires, surtout le rebord alvéolaire supérieur.

Ces douleurs sont accompagnées de trémulations de la lèvre inférieure et de la paupière supérieure droites, d'un écoulement de larmes et d'une salivation abondante du même côté. Mais pendant la crise il n'y a ni troubles de la vision, ni douleurs oculaires; il n'y a pas d'irradiation du côté de l'oreille, ni du côté de la langue. Il n'existe aucun trouble du côté opposé de la face.

Les douleurs cessent brusquement, et le malade éprouve une grande sensation de bien-être.

Entre les crises, toute la peau du côté droit de la face est hyperesthésiée. Le moindre contact, le plus petit frôlement, les tiraillements sur les poils, la mastication, la parole ramènent les crises. Les points mentonnier, orbitaire et sus-orbitaire ne sont pas particulièrement douloureux, mais leur pression provoque une crise au bout de quelques secondes.

La face ne présente aucun trouble trophique.

Le reste de l'organisme est sain; pas de troubles sensitifs, moteurs et trophiques; cependant les réflexes rotuliens paraissent affaiblis.

Entré à l'hôpital, le malade subit un traitement intensif à l'*opium* : 10 à 20 centigrammes d'extrait par jour, pendant quinze jours. Tous les jours un lavement et un demi-verre d'eau de Sedlitz.

L'état s'est bien amélioré, le malade pouvant s'alimenter sans provoquer trop d'accès douloureux; il n'y a plus qu'une crise d'une demi-heure par jour, mais le malade qui souffre d'une douleur constante a une crise à chaque mouvement, en buvant froid, etc.

Opération le 16 décembre 1902 par M. Poirier.

Ablation du ganglion cervical supérieur du grand sympathique.

Incision parallèle au bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien dans les deux tiers supérieurs du muscle. On découvre tout de suite les branches cervicale, auriculaire et transverse du plexus cervical superficiel. Trois artérioles sont liées au catgut.

On contourne le bord postérieur du sterno-mastoïdien et, dans la partie moyenne de la plaie, on aperçoit le spinal se dirigeant en bas et en arrière; il est disséqué et repéré en bas.

Le tissu cellulaire est dilacéré à la sonde cannelée; on soulève le

sterno-mastoïdien, et on aperçoit la veine jugulaire interne. Deux petites artérioles sont liées.

Derrière la veine, en écartant le tissu cellulaire à la sonde cannelée, on aperçoit le pneumogastrique, puis le ganglion cervical supérieur; il est sectionné en bas. On sectionne son anastomose avec le pneumogastrique, avec la première anse cervicale, puis on le coupe au ras du trou déchiré. Suture.

L'opération a duré dix-sept minutes.

Dans la journée, ptosis de la paupière supérieure droite. Myosis de l'œil droit. Larmoiement de l'œil droit. Sudation légère de la moitié droite de la face.

19 *décembre*. — Le malade paraît amélioré. Douleurs supportables du côté droit; mais il peut boire froid, peut passer la langue sur les lèvres. Il n'y a plus de trémulation des lèvres ni des paupières.

Pas de crises depuis l'opération.

25 *décembre*. — Douleurs occipitales et au niveau de sa crise.

Quelques crises sont survenues, surtout le matin, mais moins aiguës qu'autrefois.

Le malade boit, mange, parle sans avoir de crises.

Pour la première fois depuis deux mois, le malade est resté vingt-quatre heures sans crises.

Première semaine de janvier 1903 : crise terrible durant trois jours, avec céphalée occipito-pariétale.

20 *janvier* 1903. — Le malade quitte l'hôpital.

20 *février* 1903. — Le malade est très amélioré. Au commencement de février, il a eu une crise très violente. Depuis, il va bien; la céphalée a diminué.

On constate que toute la moitié droite de la tête et du crâne paraît plus chaude. 1er juillet le malade qui n'a plus de crises se croit guéri.

M. Pierre Delbet : Je veux dire pourquoi j'avais si chaleureusement plaidé devant mon ami Poirier la cause de la sympathicectomie et pourquoi je serais aujourd'hui moins ardent.

Je vous ai présenté il y a deux ou trois ans un malade auque j'avais enlevé le ganglion de Gasser. Le résultat était parfait, toute douleur avait disparu. Mais ces beaux jours n'ont pas duré. Au bout de cinq ou six mois les douleurs ont reparu; elles ont progressivement augmenté jusqu'à atteindre la même acuité qu'avant l'intervention, et le malade vint me retrouver.

Je connaissais les quelques travaux publiés sur la résection du ganglion cervical supérieur du sympathique dans la névralgie du trijumeau, mais cette opération me paraissait si peu rationnelle que j'avais déclaré à mon homme que je ne la lui ferais pas. Devant ses instances (il me déclarait, suivant la coutume, qu'il allait se suicider) j'ai cédé et je la lui ai faite. Comme le disait mon ami Poirier, c'est une opération propre, élégante et d'une bénignité parfaite.

Le résultat immédiat de cette opération fut nul — c'est la règle. — Puis au bout de quelques jours l'amélioration commença. Les crises douloureuses s'espacèrent; elles devinrent plus brèves. Pendant quelque temps il persista de petits accès très courts qui étaient déterminés par la mastication, puis tout disparut, la guérison était complète.

Mais, cette fois encore, elle a été transitoire. Comme après la résection du ganglion de Gasser, les douleurs ont fait leur réapparition au bout de quelques mois, elles ont été en augmentant d'acuité, et actuellement elles ne sont pas loin d'être aussi violentes qu'avant toute intervention.

Présentations de pièces.

Tumeur de l'ombilic et diverticule de Meckel.

M. Walther. — J'ai enlevé ce matin la pièce que je vous présente. Il n'y a donc pas d'examen histologique et la pièce n'a même pas été disséquée; j'ai tenu à vous la montrer dans l'intégrité de ses rapports.

C'est une tumeur de l'ombilic, chez un garçon de dix-huit ans, tumeur congénitale, du volume d'une cerise, qui offrait tous les caractères de l'adénome. Sa surface d'un rouge foncé, lisse, humide avait absolument l'aspect de la muqueuse intestinale. Sous le bourrelet de peau qui enserrait la partie moyenne de la tumeur existait un sillon assez profond.

Au lieu d'attaquer directement la tumeur j'ai préféré l'enlever avec les parties voisines pour m'assurer de ses rapports profonds. Après incision circulaire de la peau autour de l'anneau ombilical, j'ai pu déplisser cette peau. Vous pouvez voir la face interne de la cavité qu'elle formait autour de la tumeur; la peau ici est particulièrement épaisse, bosselée de gros replis séparés par des fissures profondes, et en la déplissant vous voyez la tumeur se dégager en entier; elle est aplatie, charnue, ne paraît pas avoir de cavité centrale; elle a la forme d'une feuille de pourpier et s'insère sur le centre de la cicatrice ombilicale par un pédicule étroit de 2 millimètres de largeur environ.

J'aurais pu m'en tenir là et sectionner après ligature ce pédicule. Mais je voulais voir s'il ne se continuait pas profondément; bien m'en a pris.

Pour me rendre un compte exact de ses rapports, j'ai très soi-

gneusement disséqué le tissu cellulo-graisseux sous cutané, mettant bien à découvert l'aponévrose; j'ai pu isoler ainsi un pédicule profond s'enfonçant par un orifice aponévrotique central.

L'aponévrose a été alors sectionnée circulairement en collerette autour de cet orifice. En pénétrant dans la cavité abdominale j'ai vu que ce pédicule n'était autre chose que l'extrémité d'un diverticule de Meckel. Ce dernier allait s'insérer par une base élargie sur le bord mésentérique d'une anse d'intestin grêle. Un peu à droite de ce point une autre anse intestinale était accolée à la première, maintenue par une sorte de lame assez épaisse que je sectionnai pour bien libérer l'intestin. Contre le bord droit du diverticule descendait un petit cordon aplati situé dans la même gaine péritonéale et qui allait se perdre dans le mésentère.

Le diverticule a été réséqué, l'intestin fermé par deux plans de sutures au fil de lin.

En examinant superficiellement la pièce, vous pouvez voir que la cavité du diverticule dans laquelle on peut introduire une sonde cannelée ne semble pas aller jusqu'à la cicatrice ombilicale. Au niveau de l'ombilic le cordon très mince paraît plein. Il semble donc qu'il y ait là un diverticule intestinal fixé à l'ombilic, puis au-dessus une tumeur, un adénome revêtu d'une muqueuse d'origine intestinale.

Je vous apporterai les résultats de l'examen plus complet qui sera fait de cette pièce, mais je tenais à vous la présenter toute fraîche.

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 15 JUILLET 1903

Présidence de M. KIRMISSON.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. CHAPUT qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Une lettre de M. Louis BEURNIER qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Lecture.

Deux observations de fistules intestinales guéries l'une par l'entérorraphie circulaire et l'autre par l'entéro-anastomose latérale (1).

par M. le Dr Alfred POUSSON (de Bordeaux).

membre correspondant de la Société de chirurgie.

Les observations d'intervention pour anus contre nature et fistules intestinales, que nos collègues parisiens ont rapportées dans les dernières séances de la Société, m'engagent à vous communiquer deux cas de ma pratique personnelle. Ils grossiront le nombre de faits qui, je le crois, se comptent et apporteront ainsi leur contribution à l'étude d'une question encore controversée.

(1) Travail lu par le secrétaire général.

Le premier de ces cas est intéressant d'abord par l'âge de la malade, soixante-treize ans, et ensuite par ce fait qu'après avoir réséqué la portion fistuleuse de l'intestin j'ai pu, alors que le bout efférent paraissait par son affaissement et son rétrécissement ne pas pouvoir s'aboucher avec l'afférent, réussir d'emblée l'entérorraphie circulaire.

Voici cette première observation :

Marguerite G..., soixante-treize ans, ménagère, entre dans mon service le 16 décembre 1900 pour une hernie crurale droite étranglée depuis quatre jours. Etat général mauvais; facies grippé; vomissements fécaloïdes, pouls petit, dépressible, température 36°8. M. Micheleau, chef interne, pratique d'urgence la kélotomie et tombe sur une anse intestinale gangrenée. En présence de l'affaiblissement de la malade, il croit devoir se contenter de faire un anus contre nature.

La malade se rétablit rapidement, mais l'anus persiste, s'ouvrant par un large orifice au niveau de la région de l'aine, sans vestiges d'éperon. Après trois mois d'attente, pendant lesquels toutes les matières passent par la fistule, la santé de la malade s'étant relevée, je me décide à fermer l'orifice intestinal et j'espère pouvoir le faire par une entérorraphie latérale.

A cet effet, le 27 mars 1901, après anesthésie chloroformique, j'incise la paroi abdominale suivant une ligne courbe correspondant par son milieu à l'ouverture fistuleuse et se relevant en dedans vers l'ombilic, en dehors vers l'épine iliaque. Je détache les adhérences qui unissent le lambeau ainsi formé à l'anse malade, et j'ouvre l'abdomen. Je dois alors laborieusement séparer l'intestin fistuleux du pourtour de l'anneau crural avec lequel il est fusionné. L'anse définitivement isolée est attirée au dehors et étalée sur des compresses. Le bout supérieur a conservé son volume normal, mais le bout inférieur est affaissé et semble réduit de plus d'un demi-diamètre sur toute la longueur qui le sépare du cæcum, 25 centimètres environ. Le cæcum lui-même vide de gaz et de matières semble rétréci. L'orifice de la fistule occupe plus de la moitié de la circonférence intestinale et il me paraît dès lors impossible de faire une entérorraphie latérale. Je me demande même un moment, en présence de la disproportion de volume existant entre le bout supérieur et le bout inférieur de l'intestin, si je pourrais les réunir l'un à l'autre, et j'hésite entre l'entérorraphie circulaire et l'entéro-anastomose avec le côlon ascendant. Cependant, m'étant rendu compte de l'élasticité et de l'extensibilité du segment intestinal périphérique, je me décide pour l'entérorraphie après résection de la portion malade.

Je la pratique suivant le manuel ordinaire, faisant deux plans de suture à la soie renforcée par une suture séro-séreuse. Je termine l'opération en excisant les bords cutanés de la fistule et en fermant la plaie, sauf à sa partie inférieure, par où sort une mèche de gaze, que j'ai eu soin de mettre au contact de l'intestin suturé.

Les suites furent des plus simples. La malade n'eut pas la moindre

élévation de température. Dès le lendemain de l'opération elle rendit quelques gaz par l'anus. Au sixième jour, après avoir été mise à la diète lactée et à une médication légèrement opiacée, elle eut une garde-robe spontanée. A ce moment je supprime la mèche de gaze et la plaie se ferme très rapidement.

Le 9 mai la malade sort complètement guérie.

Mon second cas concerne un jeune homme de vingt-trois ans, qui, à la suite d'un traumatisme ayant déterminé un phlegmon gangreneux de la fosse iliaque droite, vit se former une fistule intestinale s'ouvrant à la peau. Deux tentatives d'entérorraphie latérale ayant échoué, je pratiquai l'entéro-anastomose de l'iléon au côlon ascendant et excisai le cæcum et la portion attenante de l'intestin grêle englobée dans des adhérences inflammatoires. Comme dans le cas précédent, la guérison survint sans incident. A la vérité, j'eus quelques difficultés à séparer les portions du gros et du petit intestin que j'extirpai des organes voisins, et notamment des vaisseaux iliaques, auxquels ils étaient soudés intimement. J'y parvins cependant, et je crois avoir rendu par cette entérectomie un bien plus grand service à mon malade que si je m'étais contenté de faire l'exclusion du cæcum, qui, forcément, n'aurait pu qu'être ouvert, en raison de la fistule existante.

Voici cette seconde opération :

C... (Pierre), vingt-trois ans, charcutier, entre pour la première fois dans mon service en octobre 1901. Il dit avoir reçu un mois auparavant un coup violent dans la fosse iliaque droite, à la suite duquel il a dû s'aliter. Quelques jours après, des accidents inflammatoires se sont déclarés, et, à son entrée à l'hôpital, M. Princeteau, qui me remplace, reconnaît l'existence d'un phlegmon iliaque droit et l'incise. Il en sort une grande quantité de pus fétide, mais non mélangé de matières intestinales; on ne trouve pas, à ce moment, de perforation. Le foyer est drainé, et tout semble devoir marcher vers la guérison, lorsque six semaines après l'intervention on s'aperçoit qu'il passe des matières fécales par la plaie qui est réunie, sauf à sa partie moyenne, à l'endroit où était placé le drain. L'intestin étant immédiatement soudé à la paroi abdominale, il n'y a pas de trajet intermédiaire, et je suis bien en présence d'une fistule simplement stercorale et non pyostercorale, ainsi que l'indique, d'autre part, la nature de l'écoulement souillant le pansement.

Par deux fois, j'essaie sans succès de fermer l'orifice par une entérorraphie extra-péritonéale. Mes tentatives n'ont eu d'autres résultats que d'agrandir la fistule.

Le malade, très fatigué par son séjour à l'hôpital, va se reposer quelques mois chez lui et revient dans nos salles le 20 avril 1902. A ce moment, il nous raconte que depuis près de trois mois, il n'a pas eu une seule garde-robe par l'anus, toutes les fèces passant par la fistule. Celle-ci s'ouvre à peu près au milieu d'une ligne joignant l'épine iliaque

antéro-supérieure à l'ombilic; son diamètre égale la dimension d'une pièce de 1 franc; ses lèvres sont minces, froncées, excoriées; en y introduisant le doigt, on est conduit directement dans l'intestin; pas de hernie de la muqueuse. Les téguments de l'abdomen, tout autour de la fistule, dans un rayon de 6 à 8 centimètres, sont érythémateux et exulcérés.

Le malade ayant été purgé d'abord, puis mis au régime lacté pendant quelques jours durant lesquels des pansements antiseptiques et une pommade à l'oxyde de zinc modifient l'état des téguments périfistulaires, je procède à une nouvelle opération le 29 avril. Après anesthésie, je circonscris la fistule par une incision intéressant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, jusque et y compris le péritoine; deux autres incisions partant de chacune des extrémités du diamètre vertical de la fistule me donnent un large accès dans le ventre. Je constate alors que la fistule s'ouvre sur la paroi antéro-externe du cæcum, et que plusieurs anses de l'iléon soudées par péritonite plastique à la portion initiale du gros intestin forment une tumeur remplissant toute la fosse iliaque et adhérant à sa paroi postérieure. Sans me préoccuper pour le moment de cette tumeur, je vais à la recherche du bout pylorique de l'iléon, je l'isole du bout rectal englobé dans les adhérences en le sectionnant entre deux pinces chaussées de caoutchouc, et je ferme de suite en cul-de-sac son extrémité centrale. J'en fais de même du côté du côlon ascendant, qui est affaissé, diminué de volume, et que j'ai quelque peine à distinguer de l'intestin grêle, ses bandelettes longitudinales étant à peine apparentes. Le petit et le gros intestin étant ainsi fermés, je pratique l'entéro-anastomose du premier dans le second. C'est alors que j'extirpe fort laborieusement de la fosse iliaque la tumeur formée par la partie terminale de l'iléon, le cæcum et 6 à 8 centimètres du côlon ascendant. Je termine l'opération en fermant la paroi abdominale par une suture au fil d'argent, et en ménageant un drainage à la gaze.

Aucun incident n'entrava la guérison. Le malade fut mis à la diète lactée et à l'extrait thébaïque pendant six jours. Dès le lendemain, il rendait des gaz par l'anus, et, le huitième jour, à la suite d'un lavement à la glycérine, il avait une garde-robe abondante. Le sixième jour, le drainage fut supprimé, et le quatorzième jour on enlevait tous les points de suture. Le 23 mai, c'est-à-dire vingt-cinq jours après l'opération, je présentai le malade à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Je l'ai revu plusieurs fois depuis; il a repris son métier de charcutier et jouit de la meilleure santé.

A l'occasion du procès-verbal.

Note historique sur la péritonisation.

M. Quénu. — Il faut entendre par péritonisation ou autoplastie péritonéale, tout acte opératoire par lequel on cherche à recouvrir

de péritoine une surface de la cavité abdominale qui en a été dépouillée par les nécessités de l'exérèse, ou mieux encore tout acte par lequel on rétablit la continuité séreuse de la cavité abdominale.

Il est réellement difficile de tracer un historique rigoureux et impartial de la péritonisation, tout simplement parce qu'elle ne s'est pas établie d'emblée comme méthode générale applicable à toutes les opérations abdominales : on peut dire que ceux-là en ont été les fondateurs qui les premiers ont songé à recouvrir une surface cruentée quelconque d'un lambeau de péritoine, il serait injuste néanmoins de ne pas compter au nombre de ses promoteurs, ceux qui en ont précisé les indications, et cherché à en généraliser l'emploi.

Ainsi, au début, la péritonisation n'a été qu'un procédé applicable à une opération précise, elle a constitué un des plus importants perfectionnements apportés à la technique de l'hystérectomie abdominale; c'est en effet une véritable péritonisation qu'a faite Chrobak (1) quand en 1891, après avoir fait la ligature des pédicules et suturé le col, il rabattit par-dessus le moignon deux lambeaux qu'il avait taillés aux dépens du revêtement péritonéal de l'utérus ou de la tumeur utérine. Il a été suivi en 1892 par Léopold (2), en 1893 par Edebohls (3), et en 1894 par Zweifel (4).

Le recouvrement du moignon utérin, si on a pratiqué une hystérectomie supravaginale, ou du moignon vaginal, si on a préféré la totale, par l'adossement des lambeaux péritonéaux, est devenue de pratique courante et constitue un des temps importants du procédé connu sous le nom de procédé américain, ce n'est pas autre chose que de la péritonisation. On peut dire, je pense, que le plus grand progrès de l'hystérectomie abdominale a été d'enfouir, d'extrapéritonéaliser le moignon cervical ou vaginal, ou, en d'autres termes d'en péritoniser la surface de section.

On doit rapprocher de cette variété particulière de péritonisation celles qui tendent à recouvrir les surfaces de section résultant de l'ablation d'organes creux tels que les trompes ou l'appendice. En 1895, Condamin de Lyon, recommande « de recouvrir la surface cruentée des pédicules intra-abdominaux en adossant les

(1) Zur extirp. uteri myom. abdomin. die retropéritonéale, Stielversogung. Centr. f. gyn. 1891, n° 35, p. 763. Analyse dans les *Annales de gynécologie*, 1892, t. XXXVII, p. 65.

(2) *Arch. f. gyn.* 1872, Bd. XLIII, Hft 1.

(3) *Annals of surgery*, t. XLIII, 1893, t. II.

(4) *Centr. f. gyn.*, 1894, n° 26.

bords de la séreuse » (1). Delbet (2), l'année suivante, en 1896, a fait l'application de ce principe aux salpingectomies.

Depuis longtemps déjà, la plupart des chirurgiens suivent une conduite analogue vis-à-vis de l'appendice. Non contents de cautériser la surface de section au thermocautère, ils enfouissent ce moignon d'abord thermocautérisé dans un repli du cæcum (3).

Voilà donc une première variété de péritonisation, elle a pour but de combler le vide laissé par l'exérèse d'un organe et d'en effacer toute trace en enfouissant la cicatrice sous un voile de péritoine.

C'est là le plus grand service, le service le plus urgent, si j'ose dire, que cette méthode ait rendu aux chirurgiens, et c'est pour répondre à de telles indications qu'elle a été d'abord mise en pratique.

J'estime même que ces premières applications ont permis aux chirurgiens venus ensuite d'en apprécier toute la valeur, et d'en étendre l'emploi.

Dans une seconde période qui part, en effet, de Bardenheuer, on ne s'est pas contenté de recouvrir les surfaces de section, on s'est efforcé de réparer, de raccommoder, passez-moi l'expression, le péritoine, partout où la séreuse avait subi de graves altérations pathologiques, de manière à ce qu'il y eut partout, non seulement de la séreuse, mais de la séreuse saine, et que la continuité d'un péritoine normal, ou presque, fut ininterrompue. La priorité, à ce point de vue, revient à Bardenheuer ; son mémoire date, en effet, de 1894.

« La perte de substance laissée au milieu par l'ablation de l'utérus sera, dit Bardenheuer, recouverte par la réunion du bord du feuillet péritonéal antérieur de l'utérus avec celui du feuillet du cul-de-sac au niveau de l'incision postérieure du dôme vaginal (4), jusqu'ici Bardenheuer ne fait qu'appliquer aux hystérectomies pour annexites la méthode de Chroback, mais il ajoute que « s'il y a des plaies péritonéales de l'intestin ou de la paroi pelvienne, il faut les isoler de la grande *cavité péritonéale par une cloison sus-jacente*, et là où git l'originalité de sa technique, c'est lors qu'il conseille d'utiliser pour l'isolement des surfaces malades après avoir parlé du feuillet pariétal postérieur, d'utiliser, dis-je,

(1) Condamin. *Lyon médical*, 1895.

(2) Delbet, *Congr. chir.* 1896.

(3) Appendicite. Technique opératoire. — Quénu, *Journal des praticiens*, 1898.

(4) *In Bliesner Monatschrift für Geburtshülfe and gynœcol.*, 1894, et *thèse* Judet, p. 63, 1900.

soit le mésorectum à droite comme à gauche, soit le méso de l'S iliaque, soit le revêtement péritonéal du rectum lui-même, là, où il est peu serré, c'est-à-dire là où il donne insertion à des franges épiploïques. La même année que Bardenheuer, Riedel (1), on pratiquait la péritonisation dans le cas de laparotomies pour adhérences circonscrites douloureuses.

Dès 1896, nous avons enseigné autour de nous, dans notre service, qu'il faut s'efforcer dans toute opération pelvienne de ne laisser que des surfaces péritonisées, soit en mobilisant par glissement des lambeaux péritonéaux, soit lorsqu'en arrière, il ne reste plus rien en suturant le lambeau antérieur à la couche séreuse du rectum, du cœcum et de l'anse sigmoïde. Nous avons dès cette année renoncé au tamponnement de Mickulicz pour le remplacer par la péritonisation, nous insistions surtout sur les services que rend l'anse oméga, la plupart du temps mobilisable, pour combler une perte de substance et, en particulier, effacer le Douglas. Toutes nos opérations de salpingites ont été réglées sur cette méthode et nos cahiers de statistique en font foi. Nous avons en octobre 1899, au XIII[e] Congrès français de chirurgie à propos de l'hystérectomie subtotale pour fibrômes dit quelques mots du rôle de l'anse sigmoïde dans la péritonisation.

Deux mois auparavant au III[e] Congrès international d'Amsterdam, tenu du 8 au 12 août 1899. Duret (de Lille), avait fait une communication intitulée « autoplasties pelviennes séreuses après ablation des fibrômes inclus dans le tissu cellulaire du bassin », dans laquelle il préconisait dans les dénudations étendues suivant certaines extirpations de fibrômes, d'exclure du bassin le rectum, la vessie et toute la cavité pelvienne, en suturant les débris péritonéaux des fosses iliaques et de la région lombaire au péritoine pariétal de la paroi antérieure de l'abdomen.

En septembre 1899, Snéguireff publie dans la *Revue de Chirurgie* un article intitulé : « Mille et une laparotomies, autoplastie dans les opérations abdominales ».

Dans une de ses observations (Obs. I), après avoir enlevé une production salpingo-ovarienne, le chirurgien russe se servit de l'anse sigmoïde qu'il fixa au fond de l'utérus pour combler la cavité laissée par son exérèse.

En 1900, Jonnesco (2), Reynier (3) et Ammann (de Munich) (4),

(1) V. Nicaise, adhérences péritonéales douloureuses, *Revue de Chirur.*, août 1894.

(2) Jonnesco. *Comptes rendus de la Soc. de chir.* Bucharest, mars 1900.

(3) Reynier. *Congr. intern. de Chirurgie*, 1900.

(4) Ammann. *Congr. intern. de Chirurgie*, 1900.

exécutent et conseillent l'isolement par autoplastie péritonéale de la cavité pelvienne.

Il est juste de reconnaître l'importance spéciale du mémoire d'Ammann qui recommande de « toujours recouvrir les pertes de substance avec le péritoine », soit en mobilisant et transplantant le péritoine voisin, soit en transportant sur la perte de substance les organes recouverts de péritoine. Ammann indique bien le rôle capital qu'on peut faire jouer à l'anse sigmoïde en la fixant soit à la vessie, soit à la paroi abdominale antérieure. Il faut cependant reconnaître qu'Ammann n'a fait que développer ce que d'autres avaient conseillé et expérimenté avant lui.

En juillet 1900, au cours d'un mémoire fait en collaboration avec Longuet (1) nous écrivions « la parfaite péritonisation de toutes les surfaces cruentées doit à l'heure présente être considérée comme un principe fondamental de la chirurgie abdominale ; aucun pédicule ne doit autant que possible faire saillie dans la cavité cœlomique ; rétablir la continuité absolue de la couverture séreuse, voilà le vrai moyen d'obtenir les plus bénignes suites opératoires ».

En février 1901, nous avons développé nos idées sur la péritonisation, mon interne Judet et moi dans un mémoire paru dans la *Revue de chirurgie* (2). Sur mon conseil Judet (3), a repris la question dans sa thèse inaugurale, apportant à l'appui de nos idées une série de trente-deux observations et une statistique de cent trente-cinq laparotomies pour annexites.

La péritonisation a je le sais fait du chemin, depuis elle est acceptée par M. Terrier (4) qui soutenait déjà antérieurement ce principe général qu' « il ne faut laisser aucune surface dépourvue de péritoine dans le champ opératoire (5). Elle a été de nouveau défendue par Duret (6), en janvier 1901 ».

J'ai cherché à montrer dans cette rapide revue historique que la péritonisation n'a pas été inventée de toute pièce par personne ; qu'elle est née de cette préoccupation des chirurgiens et en particulier de Chroback, d'exclure du ventre le moignon septique du col utérin, par un autre procédé que celui qui consistait à le fixer à la paroi abdominale antérieure : l'enfouissement sous-séreux du moignon cervical a été ainsi l'origine de la péritonisation.

(1) De l'hystérectomie abdominale dans le traitement des kystes et tumeurs solides de l'ovaire. *Revue de chirurgie*, juillet 1900, t. II, p. 11.

(2) De la péritonisation dans les laparotomies Quénu et Judet. *Revue de chirurgie*, t. I, p. 153.

(3) Judet. De la péritonisation dans les laparotomies. *Thèse*, Paris 1902.

(4) Delage. *Thèse*, Paris 1901, et Terrier et Delage, *Revue de chirurgie* 1901. L'hystérectomie abdominale supra-vaginale.

(5) Terrier et Hartman, *Chirurgie de l'estomac*, p. 224.

(6) Duret. *Bulletin des sociétés médicales de Lille*, 1er janvier 1901.

L'extension de l'autoplastie péritonéale a fait un très grand pas en 1894 avec Bardenheuer qui a utilisé le méso-signoïde et la couche séreuse du rectum; elle a progressé en 1899, dans les mains des chirurgiens qui comme Duret, Sneguireff et moi-même avons conseillé de la réaliser même au prix de la suture vésico-sigmoïde; elle s'est généralisée depuis les années 1900, 1901 et 1902 où l'ont vulgarisée le rapport de Ammann et peut-être aussi nos propres travaux.

On ne saurait sans injustice attribuer à la péritonisation le titre de méthode de Ammann comme on l'a fait en Allemagne et même en France : la péritonisation issue d'une évolution de l'hystérectomie abdominale et des progrès incessants de la technique des laparotomies, ne doit porter le nom d'aucun chirurgien et pas celui en tout cas d'un chirurgien qui s'il a été un bon ouvrier, n'a été que l'ouvrier de la dernière heure.

Rapports.

Tumeur de la loge du rein gauche, par M. Souligoux.

Rapport par M. Henri HARTMANN.

Dans une de nos dernières séances, M. Souligoux nous a présenté un malade qu'il avait opéré avec succès pour une volumineuse tumeur de la loge rénale gauche. Les observations de cet ordre n'étant pas très fréquentes, nous pensons qu'il est intéressant de la relater dans nos bulletins :

Il s'agissait d'un maçon âgé de cinquante-six ans.

Ses parents sont morts âgés, le père à soixante-dix ans, la mère à soixante-douze, de hernie étranglée. Lui-même n'a jamais été malade et il est père de deux enfants bien portants.

Cet homme, dans le courant de juillet 1902, s'aperçut que son ventre grossissait peu à peu, mais il n'y prêta guère d'attention que quand il fut gêné dans les mouvements de flexion du tronc. Jamais étant debout ou couché il n'a éprouvé de douleurs spontanées.

Il entre à l'hôpital Lariboisière le 25 mars 1903.

Il est profondément amaigri, très affaibli et très découragé, car plusieurs médecins ou chirurgiens consultés ont tous déclaré une opération impossible.

Cet homme étant étendu, on voit que le ventre est rempli, dans la région de l'hypocondre gauche, par une énorme tumeur qui s'étend en hauteur de l'arcade de Falloppe jusque sous les côtes qu'elle écarte en dehors et en largeur, dépasse l'ombilic de trois travers de doigt.

La forme de cette tumeur est ovalaire, à grosse extrémité, dirigée en

bas; elle est uniformément lisse dans toute son étendue, sauf en bas et à droite où l'on sent une bosselure presque pédiculée et mobile qui va jusque dans la fosse iliaque droite.

La consistance est dure dans toute son étendue et ne présente en aucun point des traces de fluctuation.

Elle est mate partout, sauf en avant et à droite près de la ligne médiane où l'on trouve une zone de sonorité verticale qui correspond à un corps allongé, mobile sur la tumeur dans le sens transversal et que nous supposons être le gros intestin ; ce que, d'ailleurs, démontrera l'opération.

La région lombaire est peu saillante, néanmoins on sent la tumeur en y plaçant la main et en déprimant la paroi.

Le malade est porteur d'un volumineux varicocèle à gauche; il n'a jamais uriné de sang, ses urines sont normales. Ayant déjà eu l'occasion de voir un malade semblable opéré par M. Peyrot, je porte le diagnostic de tumeur para-rénale.

Opération. — Par une incision verticale à la partie externe du muscle droit, étendue du bord des côtes à l'arcade de Falloppe, on arrive sur la tumeur qui apparaît recouverte d'une capsule dans laquelle courent des veines énormes.

J'incise cette capsule, jusqu'à ce que je sois arrivé sur la tumeur elle-même ; puis je fais tomber sur l'incision verticale une incision transversale, dirigée en dedans, qui, sectionnant le muscle droit, donne un jour énorme.

La tumeur est alors décortiquée de sa capsule et enlevée très facilement. Elle ne présente, en effet, pas de pédicule, et il y a peu de vaisseaux qui saignent. On voit alors qu'elle était située en avant du rein, tout à fait indépendante de lui et développée entre les feuillets du du méso-côlon descendant qui était repoussé vers la droite dans l'hypocondre droit.

Dans l'épaisseur du méso-côlon, on aperçoit des masses lipomateuses qui sont enlevées ; les vaisseaux qui saignent étant liés, le méso-côlon étant reconstitué par sutures au catgut, on place un tube enveloppé d'une mèche entre les feuillets du méso-côlon, et la paroi est suturée dans son entier, sauf en bas au point d'émergence du drain.

Suites opératoires aussi simples que possible. Le malade un peu grippé a, le premier jour, 39 degrés de température; mais le lendemain, la température descend à 38 degrés, et, dès le cinquième jour, elle varie entre 37°5 et 36°8. Guérison par l'intention.

Le poids de la tumeur était de 9 kil. 200 ; son *examen histologique*, fait par M. Lecène, révéla les particularités suivantes :

L'examen a porté sur plusieurs fragments de la tumeur pris en des points différents. Nulle part, on n'a pu trouver de canaux glandulaires, ni d'éléments épithéliaux; partout la structure de la tumeur s'est révélée à peu près la même, avec quelques légères différences : un stroma formé de tissu conjonctif jeune, avec des noyaux volumineux, riches en chromatine souvent en voie de division indirecte ; en certains points, ce tissu conjonctif jeune avait nettement l'aspect myxomateux

(cellules étoilées à prolongements anastomosés avec substance interstitielle présentant les caractères de la mucine). Les vaisseaux de la tumeur sont de structure très embryonnaire : ils n'ont pas de paroi propre et sont, en réalité, de simples lacunes creusées au milieu des éléments de la tumeur et remplies de sang. Enfin, en quelques points, il y a une quantité assez considérable de tissu adipeux adulte, avec grandes cellules remplies de boules de graisse, avec leur noyau excentrique.

En résumé, il s'agit là d'une tumeur uniquement conjonctive que l'on peut dire : *myxo-lipo-sarcome.*

Comme on trouve dans la tumeur des noyaux en division indirecte, et que, d'autre part, les cellules conjonctives contiennent une certaine quantité de glycogène, on est porté à penser que cette tumeur est une tumeur en voie d'accroissement, présentant une certaine malignité et susceptible de récidive.

Nous ne ferons pas suivre cette observation de longs commentaires :

1° Au point de vue *anatomique*, elle répond au type le plus habituel des tumeurs de la capsule adipeuse du rein, au fibro-myxolipome, dont nous avons relevé neuf cas sur trente-trois observations publiées de ces tumeurs (1). Elle était composée de lobes multiples, indépendants les uns des autres, au point que la tumeur enlevée, c'est un examen secondaire de la poche d'énucléation qui permit à M. Souligoux de constater la persistance dans le mésocolon de masses lipomateuses, qu'il enleva dans un deuxième temps ; c'est là un point intéressant à relever et sur lequel nous avons insisté dans notre mémoire avec Lecène, cette indépendance des divers lobes de la tumeur exposant les opérateurs moins attentifs que notre collègue Souligoux à faire des ablations incomplètes. Le fait a été constaté à l'autopsie de malades opérés par Spencer Wells et par Lotheisen.

2° Au point de vue du *diagnostic*, il est intéressant de voir que, contrairement à ce qui était arrivé le plus souvent, le siège de la tumeur avait été précisé avant l'opération. Ce diagnostic est en effet possible, lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur abdominale volumineuse, prenant le contact lombaire, manifestement située en arrière du colon, ne déterminant aucun symptôme fonctionnel, aucune altération pathologique des urines, étant simplement une cause de gêne par son volume.

3° Au point de vue *opératoire*, nous noterons que M. Souligoux a incisé le feuillet péritonéal postérieur en dehors du colon, ce que l'on doit toujours chercher à faire pour éviter la lésion des vaisseaux nourriciers de cet intestin, vaisseaux qui viennent de la

(1) Hartmann et Lecène. Les tumeurs de la capsule adipeuse du rein, in *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, par Henri Hartmann; Paris, 1903.

ligne médiane et dont la section peut être suivie de gangrène partielle du colon, comme chez un opéré de Bruntzel. Le drainage antérieur de la poche marsupialisée, pratiqué par M. Souligoux, nous semble aussi un point de technique essentiel, parce qu'il permet d'éviter les accidents qui pourraient survenir à la suite du suintement sanguin de ces grandes cavités d'énucléation. C'est parce qu'il a suivi ces grands principes opératoires que M. Souligoux a obtenu le beau succès qu'il nous a apporté.

Polyadénomes du gros intestin, par M. le Dr A.-N. PSALTOFF (de Smyrne).

Rapport par HENRI HARTMANN.

Les observations de polyadénomes du gros intestin actuellement publiées sont rares, comme on peut le voir à la lecture de l'important travail de Quénu et Landel (1) et à celle du mémoire plus récent de Smoler (2).

Aussi l'observation que nous a communiquée le Dr Psaltoff nous semble-t-elle intéressante :

Il s'agissait d'une fillette de quatorze ans, entrée à l'hôpital de Smyrne, le 4 septembre 1902, se plaignant d'hémorrhoïdes internes. L'examen de l'anus ne révélait aucune lésion extérieure, de même le palper abdominal. Lorsque la malade faisait des efforts, simulant l'envie d'aller à la selle, une tumeur bosselée du volume d'une petite orange, sortait de l'anus. Pour la faire rentrer, elle s'asseyait sur le talon.

Il y avait du ténesme, des douleurs abdominales, des vomissements une sécrétion abondante d'odeur infecte mais pas d'hémorragies.

Le toucher du rectum ne faisait constater que cette tumeur limitée, mais l'état général était si mauvais, la cachexie si avancée que le Dr Psaltoff n'osa pas intervenir. Bien lui en prit, car huit jours après son entrée à l'hôpital, la malade succombait.

L'autopsie montra que l'intestin grêle était sain mais que la muqueuse du gros intestin était couverte de polypes dans toute son étendue.

M Psaltoff, nous ayant envoyé la pièce nous avons pu constater que ces tumeurs étaient de taille très inégale et de plus irrégulièrement distribuées à la surface de la muqueuse intestinale. Sur le cæcum et le colon ascendant, on ne trouve que quatre polypes de la grosseur d'une

(1) Quénu et Landel. Des polyadénomes du gros intestin, *Revue de Chirurgie*, Paris avril 1899 et Quénu et Hartmann, *Chirurgie du rectum*, t. II, Paris 1899.

(2) Smoler (Félix). Ueber Adenome des Dünn-und Dick darmes, *Beit. z. klin. Chir.*, Tübingen, 1902, t. XXXVI, p. 139.

cerise ou d'une noisette; au contraire au niveau du côlon pelvien et du rectum les tumeurs sont pour ainsi dire confluentes et presque toutes du volume d'une cerise. Les polypes les plus volumineux (taille d'une cerise sont tous pédiculés; les plus petits, de la grosseur d'un petit pois sont assez souvent sessiles; quelques-uns cependant montrent un court pédicule.

M. Lecène a fait l'examen histologique d'une des tumeurs pédiculées du volume d'une grosse noisette : On voit que la tumeur est formée par un tissu conjonctif embryonnaire, muqueux en certains points, assez richement vascularisé. Ce tissu conjonctif est creusé de tubes revêtus d'épithélium cylindrique très haut, à cellules riches en mucus et dont certains présentent l'aspect calisiforme. Ces tubes glandulaires sont en relation évidente de continuité avec le revêtement épithélial cylindrique de la surface de la tumeur. Nulle part il n'y a de pénétration des cellules épithéliales dans le stroma conjonctif environnant; nulle part non plus on ne voit de formes de division nucléaires atypiques et les cellules épithéliales cylindriques sont toutes du même type qui rappelle absolument celui du gros intestin normal.

Ce cas répond aux adénomes purs disséminés sur tout le gros intestin, dont nous ne connaissons qu'un petit nombre de cas, ceux publiés par Wagner, Luschka, Sklifosowsky, Whitehead, Guillet, Lyot, Dalton, Geissler, Schwab, Castelin, Cavazzani, Rotter, Paltauf, Vajda, Lindner. Il s'agit donc d'un fait très exceptionnel, les observations des polyadénomes multiples actuellement publiés ayant trait le plus souvent à des polyadénomes avec cancer concomitant de l'intestin, comme dans les cas ayant servi de base du mémoire de notre collègue Quénu ou à des tumeurs limitées au rectum et à la partie voisine du colon pelvien. A ce titre l'observation de M. Psaltoff nous semble digne de figurer dans nos bulletins.

Des voies d'accès sur la rate. Utilité de la résection extrapleurale du rebord costal pour faciliter, dans certains cas, la découverte de cet organe, par M. le Dr J. Vanverts (de Lille).

Rapport par M. CH. MONOD.

M. Vanverts, dont les travaux sur la pathologie chirurgicale de la rate sont bien connus (1), fournit dans le mémoire qu'il nous communique un nouvel et intéressant appoint à ses recherches antérieures.

(1) Vanverts. (J.). De la Splénectomie, *Thèse* de Paris, 1897-1898, n° 101. Carrière (G.) et Vanverts (J.). De la ligature des vaisseaux spléniques dans les lésions hypertrophiques de la rate, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, Paris, 1899, t. III, p. 885.

Il se préoccupe aujourd'hui de déterminer, avec plus de précision que cela n'a été fait jusqu'ici, la meilleure voie à suivre pour pratiquer l'ablation de la rate.

Il distingue à cet égard deux ordres de cas :

1° ceux où la rate est hypertrophiée ou flottante;

2° ceux où la rate est normale et normalement placée.

Le premier cas est le plus fréquent; c'est aussi celui où l'abord de l'organe est le plus facile. La rate, sortie de l'enceinte osseuse où elle se cache, descend dans le ventre et se rapproche plus ou moins de la paroi abdominale. Elle peut alors être atteinte par une laparotomie médiane, si elle est flottante ou simplement mobile; ou encore par une incision latérale faite le long du bord externe du muscle droit, si elle est hypertrophiée et fixe.

A ces incisions longitudinales il peut être nécessaire, lorsqu'elles semblent insuffisantes, et pour se donner du jour, de joindre une section transversale du muscle droit et des muscles petit oblique et transverse.

Si, malgré cette large ouverture de la cavité abdominale, on éprouve encore des difficultés pour découvrir les régions supérieures de l'organe, et en particulier les ligaments phréno et gastro-spléniques, M. Vanverts conseille de recourir à la résection du rebord costal, opération analogue à celle qu'après MM. Lannelongue et Canniot, en en fixant plus exactement la technique, nous avons, lui et moi, préconisée pour la bonne découverte de la face supérieure du foie (1).

Cette manœuvre préliminaire sera particulièrement indiquée dans le second groupe de faits envisagé par M. Vanverts, — ceux où la rate, *normale et normalement située*, est le siège d'une lésion traumatique, rupture ou plaie, nécessitant sa découverte et souvent son ablation.

La plus grande partie du travail de M. Vanverts a pour objet de démontrer l'utilité de cette pratique, et de préciser la façon dont l'opération doit alors être conduite.

C'est là le point original de son mémoire. Il me suffira de résumer celui-ci brièvement pour mettre en évidence l'intérêt de cette étude.

S'appuyant sur les recherches minutieuses de M. Picou (2),

(1) Monod (Ch.) et Vanverts (J.). De la résection du rebord costal pour la cure chirurgicale des collections sus-hépatiques, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, Paris, 1897, t. I, p. 499.

(2) Picou (R.). Note sur certains points de l'anatomie topographique de la rate, *Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1895, 6e série, t. IX, p. 698. — Du même. De la situation normale de la rate, par rapport à la paroi thoracique chez l'adulte, *Thèse* de Paris, 1895-1896, n° 571. — Du même. Des mouvements physiologiques de la rate, *Gazette des hôpitaux*, Paris, 189, p. 1401.

M. Vanverts rappelle d'abord quelle est la situation exacte de la rate normale, et cela non sur le cadavre seulement, mais sur le vivant.

C'est pour n'avoir étudié les rapports de la rate que sur « le cadavre éviscéré et complètement privé de réserve respiratoire » que, suivant la remarque de M. Picou, la plupart des auteurs modernes assignent à la rate une position verticale. Que si, avant d'ouvrir le ventre, on distend les poumons, comme l'a fait M. Picou, par une injection de suif fondu, en quantité égale au volume de l'air de réserve que ces organes contiennent pendant la vie, il est facile de constater que la rate conserve une position qui se rapproche plus ou moins de l'horizontale.

Il est d'autre part de connaissance vulgaire que la rate, tout en étant un organe abdominal, se dérobe, lorsqu'elle est normale, sous le squelette costal. M. Picou a bien déterminé ce que l'on peut appeler la projection de la rate sur la paroi thoracique. Il résulte des recherches de cet auteur que le bord supérieur de la glande remonte jusqu'à la 8e côte en moyenne, et que son bord inférieur ne dépasse pas la 11e côte. Quant à ses deux extrémités, antérieure et postérieure, la première s'arrête à 63 (homme) ou 48 (femme) millimètres en arrière d'une ligne verticale passant par le mamelon, la seconde laisse entre elle et le corps des vertèbres un intervalle de 28 millimètres environ.

De ces données découlent certaines conséquences relatives au mode d'accès de la rate *lorsqu'elle occupe sa situation normale.*

Celle-ci d'abord, que les incisions longitudinales — médiane ou latérale — seront toujours ou insuffisantes, si on les emploie seules, ou inutiles si on les combine à une incision transversale.

C'est donc à l'incision transversale seule qu'il faut recourir, incision parallèle au rebord costal et située à un travers de doigt environ au-dessous de celui-ci.

La longueur de cette incision est aussi commandée par ce que l'on sait de la situation anatomique de la glande. Commençant en avant de la ligne mamelonnaire, à peu près à égale distance de celle-ci et de la ligne médiane, elle se terminera au niveau de la ligne axillaire moyenne. On n'atteint pas, il est vrai, ainsi le point qui correspond à l'extrémité postérieure de la rate; mais les recherches de M. Vanverts lui ont montré que cette incision est néanmoins suffisante, et que, en ne la poussant pas plus loin en arrière, on évite à coup sûr de blesser l'insertion du mésocôlon descendant, accident qui n'est pas négligeable.

Le ventre ouvert, on n'aperçoit pas la rate profondément située et cachée par le côlon transverse, l'estomac et le rebord costal. Il faut faire attirer le côlon en bas, écarter en haut et à droite la

grosse tubérosité de l'estomac, et récliner fortement le rebord costal en haut et à gauche. Alors seulement la rate apparaît; mais elle est retenue par les ligaments pancréatico et phréno-spléniques, et ne peut être amenée dans la plaie.

C'est pour faciliter les manœuvres que M. Vanverts propose de recourir, dans ces conditions, à la résection du rebord costal gauche.

Cette résection peut être pratiquée sans intéresser la plèvre, à condition que l'on connaisse ce que, dans un travail antérieur auquel j'ai déjà fait allusion, nous avons, M. Vanverts et moi, appelé le « trajet chirurgical » de la plèvre, trajet qui est sensiblement le même à gauche qu'à droite où nous l'avons étudié et figuré.

M. Vanverts a pu s'assurer sur le cadavre que cette résection augmente d'une façon notable le champ d'accès sur la rate.

Cependant la fenêtre ainsi ouverte est étroite. Aussi n'est-ce pas tant, suivant lui, à la brèche faite dans la cage thoracique que sont dus les avantages de cette pratique, mais au fait que; les extrémités antérieures des arcs costaux n'étant plus réunis entre eux, ceux-ci se laissent plus facilement écarter et soulever.

M. Vanverts n'a jusqu'ici opéré de la sorte que sur le cadavre. Il estime avec raison que les résultats seront les mêmes sur le vivant.

Je crois aussi avec lui, d'après l'expérience que j'ai de semblable opération faite à droite pour la découverte du foie, que cette manœuvre est simple et n'expose par elle-même à aucun danger ou inconvénient, immédiat ou éloigné. J'ai en effet actuellement dans mon service et compte vous présenter prochainement une femme à laquelle j'ai pratiqué la résection du rebord costal pour l'ablation de kystes multiples de la face convexe du foie, qui a non seulement guéri sans incidents, mais qui ne souffre à aucun degré de la suppression de cette petite portion du squelette thoracique.

M. Vanverts rappelle que notre collègue M. Pauchet (d'Amiens), lors d'une communication qu'il nous fit l'an dernier sur deux cas de splénectomie pour rupture de la rate (1), avait émis l'idée que « pour faciliter les manœuvres, une résection du bord costal donnerait un jour appréciable ». Mais M. Pauchet ajoutait qu'il doutait que les malades pussent supporter ce complément opératoire.

(1) Pauchet (V.) (d'Amiens). Deux cas de rupture de la rate traités par la splénectomie. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, Paris, 1902, t. XXVIII, p. 1279.

M. Vanverts ne croit pas cette réserve fondée. On pourrait cependant lui faire remarquer qu'il y a, au point de vue du pronostic, une grande différence à établir entre un malade atteint de kyste hydatique du foie que l'on opère « à froid » et les blessés, comme ceux de M. Pauchet, qu'une abondante hémorragie interne a mis dans un état évident de moindre résistance. Il n'est pas démontré que chez ces derniers cette addition au traumatisme opératoire, quelque minime qu'elle soit, ne puisse avoir de conséquences fâcheuses.

L'expérience clinique est du moins nécessaire pour permettre d'en affirmer l'innocuité.

Les avantages de la résection costale sont tels cependant qu'à moins de contre-indication évidente tirée de l'état du blessé nous n'hésiterions pas, même dans les cas de rupture de la rate, à y avoir recours, pour peu qu'il semblât difficile d'atteindre l'organe par la simple incision des parties molles.

Aussi bien n'est-il pas nécessaire de se décider *a priori* pour l'une ou pour l'autre manière de faire.

Voici en effet comment, d'après M. Vanverts, doit être conduite une opération de splénectomie.

1er *temps*. De toute façon, l'incision de la paroi abdominale constituera un premier temps qui s'impose, quel que soit le parti que l'on prendra ensuite.

Cette incision pourra même être longitudinale si la rate est hypertrophiée ou si l'on hésite sur la nature et le siège des lésions, quitte à y joindre ensuite, s'il y a lieu, une incision transversale, avec ou sans résection costale.

Cette incision transversale sera faite d'emblée, lorsque le diagnostic de lésion de la rate aura été posé avant l'opération. Menée à un travers de doigt au-dessous du rebord thoracique, elle commencera et se terminera aux points précédemment indiqués.

2e *temps. Découverte de la rate.* — Le ventre ouvert, on découvre la rate comme il a été dit plus haut, en faisant abaisser le côlon transverse, écarter en haut et à droite la grande courbure de l'estomac, soulever énergiquement et récliner en haut et à gauche le rebord costal.

Cet examen permet de se rendre compte de l'inutilité ou de la nécessité de la résection costale.

Si l'on croît devoir pratiquer celle-ci, on y procédera de la façon suivante.

3e *temps. Résection du rebord costal.* — 1° Dénudation rapide au bistouri de la face externe des côtes et des espaces intercostaux, dans l'étendue où la résection sera pratiquée.

2° Section aux ciseaux ou au bistouri des 9e et 10e côtes au

niveau des 9e et 10e articulations chondro-costales; puis du 8e cartilage costal en deux points : d'abord à un centimètre en dedans de la 8e articulation chondro-costale, puis au niveau de l'extrémité interne du champ opératoire. On fait de plus sauter le pont cartilagineux qui unit ordinairement le 8e cartilage costal au 7e.

3° Le bistouri tenu de la main droite est insinué dans la ligne de section des cartilages costaux ; il rase la face interne de ceux-ci, tandis que les doigts de la main gauche, attirant le petit volet costal, le renversent peu à peu de façon à faciliter le travail du bistouri.

Lorsque toutes les insertions du diaphragme et du transverse ont été sectionnées, le volet costal est complètement libéré et enlevé. Les doigts d'un aide saisissent alors le nouveau bord costal et le soulèvent énergiquement en mettant la rate à découvert.

M. Vanverts tire en somme de ses recherches les deux conclusions suivantes, qui nous semblent justifiées :

1° La rate étant de volume et de siège normaux, la résection du rebord costal gauche est indiquée toutes les fois que la laparotomie simple donne un jour insuffisant pour aborder l'organe et parer aux lésions qu'il a subies.

2° On aura encore recours à cette opération préliminaire pour l'ablation d'une rate hypertrophiée et fixe, à l'effet de faciliter l'accès de la partie supérieure de l'organe et l'hémostase des ligaments qui s'y attachent.

Je vous propose, Messieurs, — le travail de M. Vanverts ayant été largement résumé dans mon rapport, — de nous contenter de déposer son manuscrit dans nos archives, d'adresser nos remerciements à l'auteur et de l'inscrire en rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de notre Société.

M. Quénu. — Il est un seul petit point que je veux signaler et qui se trouve consigné dans un mémoire fait en collaboration avec Duval et remis à la *Revue de chirurgie*, c'est l'utilité de se placer à droite du malade, ce qui donne une facilité plus grande d'inspection et d'accès sur le pédicule vasculaire.

Communication.

La voie vagino-périnéale
pour la cure des fistules recto-vaginales supérieures,

par M. F. LEGUEU.

Dans le traitement des fistules recto-vaginales, la notion du siège est une des plus importantes pour le choix du procédé opératoire. Quand la fistule est *basse*, ou même située à la partie moyenne du vagin, elle est facilement abordable et d'ordinaire assez simple à traiter.

Il n'en est plus tout à fait de même pour les fistules *supérieures*, pour celles qui sont situées à la partie supérieure du vagin. Trop basses pour être abordées par la voie abdominale, on les aborde en général par en bas en suivant la voie vaginale ou la voie périnéale.

Pour une fistule de ce genre, pour une fistule haut située, j'ai modifié quelque peu la pratique courante en combinant les deux voies d'accès, périnéale et vaginale, en utilisant les avantages combinés du dédoublement périnéal et de la section du vagin.

Voici dans quelles conditions. Voici comment :

Une femme de vingt-sept ans avait, depuis quelques mois, une fistule recto-vaginale supérieure large. Celle-ci était traumatique, opératoire; au cours d'une colpotomie pour suppuration annexielle, un interne avait, d'un coup de ciseau, ouvert le rectum au fond du vagin, et une fistule par laquelle passaient les gaz et les matières en était résultée. Quatre mois après, elle persistait encore, sans aucune tendance à se rétrécir et à se fermer, et c'est pour cette difformité que cette malade se présenta à moi.

A l'examen, je trouvais en effet au fond d'un vagin assez étroit, immédiatement en arrière de la lèvre postérieure du col de l'utérus, une perforation nette, circulaire, de la largeur d'une pièce de 1 franc, bordée d'une hernie de la muqueuse rectale. L'index ne peut l'atteindre de ce côté; du côté du rectum, on n'arrive pas non plus jusqu'à elle, mais on sent, à une certaine hauteur, la sonde cannelée recourbée que j'introduis du côté du vagin. Les lavements introduits par le rectum reviennent tout de suite par le vagin; c'est donc bien avec le rectum que la communication est établie.

La fistule est large, non pourvue de tissu cicatriciel, mais bordée de lèvres souples et normales. Elle dure depuis quatre mois, laisse passer les gaz et les matières presque constamment; elle n'a aucune tendance à se fermer spontanément.

Je l'opère le 25 avril après avoir, pendant huit jours, préparé la

malade par des purgatifs répétés, des injections vaginales, la diète lactée.

A l'aide d'une incision transversale menée sur le périnée comme pour une périnéorraphie, entre la vulve et l'anus, je décolle le vagin du rectum jusqu'au niveau de la fistule en suivant l'espace décollable. Ce fut le premier temps.

Lorsque je fus arrivé à la fistule, *je sectionnai dans toute sa hauteur par une incision longitudinale médiane, le voile membraneux représenté par la poroi postérieure décollée du vagin.* Ce fut le second temps. Cette incision complémentaire mit à jour toute l'étendue de la paroi du rectum sous-jacente à la fistule, de la fistule elle-même, et je pus ainsi très facilement poursuivre le décollement sur les bords de la fistule, et au-dessus jusqu'au cul-de-sac postérieur qui ne fut pas ouvert.

Je n'ai plus alors devant moi qu'un orifice rectal et une large brèche faite à la paroi postérieure du vagin et s'étendant du col de l'utérus à la vulve.

Dans un troisième temps, je suture par trois points séparés de catgut la muqueuse rectale; un deuxième plan est placé sur les couches musculaires du rectum.

Et dans un quatrième, enfin, je reconstitue dans toute sa hauteur la paroi vaginale postérieure par un surjet de catgut, passé de telle façon que les muscles releveurs de l'anus sont chargés en passant, et que la paroi vaginale est partout parfaitement accolée à la paroi rectale. Ainsi sont supprimés et effacés tous les espaces morts.

L'incision transversale du périnée est fermée avec des crins de Florence, comme dans la périnéorraphie.

Tamponnement du vagin à la gaze. Sonde à demeure.

La malade fut constipée pendant dix jours; elle fut purgée le onzième. Le douzième et le treizième, quelques gaz passèrent par le vagin, mais ce petit incident ne se reproduisit pas, et au vingtième jour la cicatrisation de la fistule était complète et la guérison parfaite.

J'ai revu depuis cette malade; on ne voit plus la trace de l'opération que je lui ai faite.

J'aurais sans doute obtenu ce résultat avec un autre procédé; je ne crois pas que je l'aurais obtenu plus facilement et plus sûrement.

Pour le traitement de ces fistules supérieures, en effet, qui ne sont pas abordables par la voie haute, on a le choix entre la voie vaginale et la voie périnéale.

La *voie vaginale*, l'autoplastie faite à travers le vagin à l'aide du procédé de Fritch, de celui de Le Dentu me paraît difficile à appliquer à une hauteur pareille. L'intégrité de la vulve, l'étroitesse du vagin s'ajoutent à l'élévation de la fistule pour constituer à la voie vaginale sans débridement vulvaire des difficultés sérieuses.

La *voie périnéale* a de tout autres avantages : de ce côté trois procédés s'offraient à moi.

Le procédé de Segond, c'est-à-dire l'amputation de la partie du rectum inférieure à la fistule avec abaissement à la peau du bout supérieur fut appliquée, si je ne me trompe, à une fistule élevée. Mais ma fistule était traumatique; et supprimer une longue étendue d'un rectum absolument sain me paraissait un sacrifice exagéré. Et puis les adhérences du cul-de-sac postérieur du vagin me permettraient-elles de descendre à mon gré le bout supérieur du rectum? C'était au moins douteux, improbable.

Par contre, la section antéro-postérieure du périnée suivie de la périnéorraphie ne pouvait être discutée non plus : la longue étendue d'un périnée sain qu'il aurait fallu sectionner me forçait à rejeter absolument ce procédé.

Le meilleur procédé était donc le dédoublement du périnée, que l'on peut conduire aussi haut que l'on veut et jusqu'au cul-de-sac postérieur.

Mais alors qu'on a réalisé par voie périnéale ce dédoublement d'où va résulter la suture isolée des orifices rectal et vaginal de la fistule, on n'a pas sur la fistule elle-même un jour très grand, pour faire bien la suture désirable. C'est précisément pour élargir mon champ d'action que j'ai sectionné le vagin, et j'ai bien compris alors comment cette modification me donnait un jour nouveau. La section du vagin combine tous les avantages de la section sous-fistulaire du périnée que faisaient les anciens et du dédoublement qui par essence ne compromet rien

Elle permet de faire exactement et très complètement la suture de l'orifice rectal, elle permet à la suite l'adaptation exacte des plans primitifs. Et même si la désunion venait à se produire, le vagin trouverait toujours à reprendre sa situation primitive, et il en résulterait seulement une fistule recto-vaginale ou une fistule recto-périnéale.

Je crois donc que cette modification apportée par moi au traitement des fistules recto-vaginales supérieures, que cette combinaison des voies périnéale et vaginale par l'incision du vagin mérite d'être conservée et rendra des services pour les fistules qui siégeant au bout du cul-de-sac postérieur sont difficilement abordables par l'une ou l'autre de ces voies ouvertes isolément.

M. Félizet. — Voulez-vous me permettre de rappeler un procédé opératoire que j'ai appliqué, avec succès, il y a vingt-deux ans au traitement de la fistule recto-vaginale.

L'opération fut pratiquée en 1885, l'observation fut présentée à la Société de chirurgie cinq ans après, et M. P. Segond en

fit l'objet d'un long et lumineux rapport dans la séance du 12 novembre 1890 (1).

La fistule était assez large pour admettre une sonde de femme, elle siégeait au-dessus de la partie moyenne du vagin ; elle s'était produite à la suite d'un accouchement, chez une primipare, dix-huit mois auparavant ; elle avait été l'objet d'une tentative de suture. Voici le procédé employé.

Une large incision pré-sphinctérienne et pré-rectale fut poussée assez loin *pour dépasser* la hauteur de la fistule, en mobilisant la paroi postérieure du vagin.

Nous avions ainsi une grande tranchée dans laquelle la fistule vaginale et la fistule rectale aboutissaient séparément. A la fistule recto-vaginale nous avions fait succéder en réalité, une fistule *vagino-périnéale* et une fistule *recto-périnéale.*

M'abstenant de toute intervention sur la paroi vaginale dont je trouvais l'intégrité nécessaire, c'est à la fistule recto-vaginale que je m'attaquai, la traitant par le procédé simple et classique de l'incision.

La grande brèche qui en résulta se combla très vite : en moins de quinze jours, la fistule recto-péritonéale fut guérie.

Pendant ce temps, la fistule vaginale était, pour ainsi dire, *en l'air*, à l'abri des écoulements intestinaux et des gaz qui l'avaient empêchée de se fermer ; elle avait diminué très rapidement et, dès les premiers jours, il était certain qu'il n'y aurait à pratiquer ni avivement ni suture.

Nous n'eûmes même pas à faire une cautérisation : la guérison était complète avant le quinzième jour ; il avait suffi qu'elle fût mise à l'abri des écoulements et des émanations du gros intestin, pour que l'oblitération complète s'opérât.

En réfléchissant aux conditions de cette guérison très rapide, je persiste à croire qu'il vaut mieux, après le dédoublement de la cloison recto-vaginale, agir sur le rectum, qui s'accommode mieux que le vagin des incisions et des cicatrices, et surtout dont on supprime la nocivité par une incision large et franche.

Sans doute, ce procédé n'est pas applicable à toutes les communications recto-vaginales. On ne saurait lui demander de remédier aux fistules vaginales siégeant très haut, et, à plus forte raison, aux fistules recto-vagino-utérines.

Mais mon observation m'a fait voir qu'il est efficace pour des fistules recto-vaginales moyennes.

M. Paul Reclus. — Pour la voie d'accès jusqu'à la fistule je me

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. XVI, p. 701.

suis très bien trouvé de la transfixion de la paroi latérale et du périnée par un couteau à longue lame, transfixion qui nous a été recommandée ici par MM. Chaput et Nélaton.

Dans un cas d'hystérectomie vaginale où la vessie avait été ouverte et où la vulve était rétrécie par le tissu cicatriciel, je suis arrivé facilement sur la fistule que j'ai opérée par le très excellent procédé de Braquehaye. Le résultat a été remarquable et la guérison facilement obtenue.

M. Routier. — Ayant eu à traiter en 1902 une fistule rectro-vaginal très haute, consécutive à une hystérectomie vaginale pratiquée trois ans avant par un de nos collègues mort depuis, je ne crus pas, vu la hauteur de la fistule, vu enfin l'opération qui l'avait produite, je ne crus pas, dis-je, pouvoir aborder cette fistule par la voie périnéale, et je pratiquai une laparotomie secondaire.

Grâce à la position déclive, je séparai facilement le rectum du vagin, j'appliquai non moins facilement une double suture à la soie très fine sur le rectum, je drainai le vagin déjà ouvert, et la guérison fut complète et sans incident.

Je crois que pour les fistules vaginales *très hautes* la voie abdominale peut être conseillée : je tiens à dire et à répéter que je fus frappé de la facilité d'exécution.

M. Paul Segond. — Le procédé que notre collègue Legueu vient de nous décrire est fort ingénieux, et je ne conteste aucunement l'excellence des résultats qu'il peut donner. Toutefois, je persiste à penser que le procédé dont je vous ai donné la description dans notre séance du 6 mars 1895, et que mon ami Legueu a bien voulu citer, reste le meilleur, le plus simple et le plus sûr. Ce procédé, vous le savez, consiste à abaisser, puis à fixer à l'anus préalablement dilaté le segment de rectum supérieur à la fistule, après résection du segment rectal sous-jacent. La brèche recto-vaginale se trouve donc supprimée séance tenante, sans qu'on ait même besoin de la suturer, et cette infaillibilité particulière me paraît conférer une indiscutable supériorité à la manœuvre très simple que je vous rappelle. Elle n'est du reste qu'une sorte d'exagération du classique abaissement rectal, sans lequel on ne fait pas de bonne colpo-périnéorraphie. Or, le fait est clair, que l'abaissement rectal complète et protège une colpo-périnéorrhaphie, qu'il résume au contraire, à lui seul, toute l'intervention, sa portée reste la même. Il supprime la fistule. Et, certes, supprimer est ici plus sûr que recoudre. Voilà pourquoi mon procédé me semble meilleur que celui de Legueu.

Quant à l'utilité des débridements vaginaux latéraux dont notre

collègue Reclus s'est si bien trouvé dans un cas de fistule vésico-vaginale, je la conteste dans le cas particulier des fistules recto-vaginales. En effet, quand il y a fistule recto-vaginale, compliquée ou non de déchirure périnéale, nous avons bien assez de besogne sur la ligne médiane, et nous avons assez libre accès sur les parties malades pour ne pas tenir à compliquer notre tâche par la réparation de deux délabrements latéraux supplémentaires. Bref, ce qui est peut-être vrai pour les fistules vésico-vaginales ne l'est pas du tout pour les recto-vaginales, et ce sont là du reste deux questions tellement distinctes que je ne puis insister davantage.

Je veux seulement, pour terminer ces quelques réflexions, m'associer à ce qu'a dit notre collègue Routier sur les indications de la voie haute, dans la cure des fistules recto-vaginales consécutives à l'hystérectomie. Quand l'utérus n'est plus là pour nous guider et nous permettre de nous repérer sûrement, la voie vaginale devient, en effet, très périlleuse, notamment au point de vue de la blessure possible des uretères. La conduite suivie par notre collègue Routier me paraît donc la plus sage. Mais ici encore, désireux de ne pas faire dévier la discussion, je me borne à cette simple remarque. Le traitement des fistules vaginales (rectales, intestinales ou vésicales) observées chez des femmes hystérectomisées, par en haut ou par en bas, forme un chapitre tout à fait à part, qui n'a rien à voir avec la question soulevée par Legueu dans son intéressante communication.

M. Paul Reclus. — Je répondrai à M. Paul Segond qu'il n'y a pas eu de « délabrement », que la transfixion suturée a remarquablement guéri avec une cicatrice à peine visible. M. Paul Segond paraît oublier que j'ai terminé l'opération non par un des procédés auxquels il fait allusion, mais par le procédé de Braquehaye qui n'était pas du tout compromis, au contraire, par cette transfixion.

M. Legueu. — Il y a dans la discussion que ma communication a soulevée une partie à laquelle je ne puis prendre part ; c'est le traitement des fistules vésico-vaginales. Ceci est en dehors des faits auxquels j'ai voulu faire allusion.

Ma communication visait le cas suivant : en présence d'une fistule recto-vaginale supérieure, que faut-il faire?

Les nombreux procédés proposés prouvent précisément les difficultés que présentent ces fistules. La voie abdominale me paraît une voie exceptionnelle ; si on peut faire autrement, il est inutile d'ouvrir l'intestin dans le péritoine.

M. Félizet défend son procédé très connu, très classique;

mais ce procédé ne convient qu'aux fistules inférieures et est inapplicable aux fistules élevées.

M. Reclus me reproche de n'avoir pas utilisé les débridements vulvaires de Chaput; mais avec ces débridements auxquels j'avais pensé, je ne pouvais faire qu'une opération vaginale. Or je considère les procédés de la voie périnéale comme supérieurs aux autoplasties qui se font par le vagin seulement.

Quant à mon maître Segond qui préfère son procédé comme plus sûr et plus simple, je ne suis pas tout à fait de son avis, car avec son procédé il supprime quelque chose, une partie du rectum, et moi je ne supprime rien : je ne fais que déplacer des parties accolées, que sectionner un vagin qui se réunit tout seul; et le jour obtenu sans aucun sacrifice me paraît tellement grand que je pense que cette voie vagino-périnéale pourra à l'avenir rendre des services pour ces opérations sur la partie haute et postérieure du vagin.

Présentation de malades.

Anévrisme poplité. Ablation.

M. Monod présente un malade qu'il a opéré le 2 juillet dernier d'un anévrisme sacciforme de la paroi supérieure du creux poplité par extirpation du sac.

La tumeur avait le volume d'une grosse noix et n'avait causé d'autres troubles fonctionnels que des douleurs.

L'opération a été simple; le sac découvert et disséqué, l'artère a été liée au-dessus et au-dessous de la poche et au ras de celle-ci.

Réunion avec petit drain de précaution. Celui-ci a été enlevé deux jours plus tard et les fils le 9 juillet.

Le malade se levait deux jours après. Aujourd'hui, treize jours après l'opération, il peut être considéré comme complètement guéri.

Fracture de rotule traitée par la compression élastique. Cal osseux.

M. Bazy. — Le malade que je vous présente est un de mes anciens malades que j'ai traité il y a deux ans pour une fracture transversale de la rotule par la compression élastique et la ponction.

Dans les pérégrinations nécessitées par les épreuves du concours de médecine des hôpitaux dont je viens d'être juge, je l'ai

trouvé dans une des salles de M. Debove, en convalescence d'une fièvre typhoïde.

Le résultat m'a paru si bon au point de vue de la suture, que j'ai pensé devoir vous le présenter.

Il a encore une atrophie notable de son triceps fémoral : c'est ce qui explique l'impotence du membre inférieur.

Comme la radiographie le montre, le cal osseux est parfait.

L'écartement n'était que d'un centimètre environ.

La présentation de ce malade fait suite à celle de mon ami M. Rochard.

M. Lucas-Championnière. — Il serait nécessaire d'avoir la radiographie de la rotule avant le traitement employé.

M. Bazy. — J'ai craint, dans la radiographie que j'ai, de ne pas donner celle qui correspond à la malade, c'est pourquoi je ne l'ai pas apportée. Toutefois, je puis dire que j'ai constaté la fracture par l'écartement de deux travers de doigt environ et la mobilité latérale des fragments.

Opéré d'empyème par l'incision verticale postérieure.

M. Moty. — J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade opéré d'empyème par le procédé que j'ai décrit au dernier Congrès de chirurgie. Voici le résumé de son observation :

T..., sergent au 23e d'infanterie coloniale, trente-et-un ans, entré à l'hôpital militaire Saint-Martin le 12 avril 1902 pour pleurésie droite, ses antécédents sont les suivants : scarlatine en 1894, fièvres palustres en 1895; en 1902 amaigrissement, sueurs nocturnes; actuellement dyspnée, signes de pleurésie à droite, bacilles dans les crachats.

Trois ponctions évacuatrices faites avec l'appareil de Potain donnent chacune un litre de pus à pneumocoques; la température qui dépassait 40 degrés à l'entrée revient à la normale le 5 mai après une courbe irrégulière, mais l'état général reste mauvais, et le facies du malade, évacué le 28 mai dans le service des blessés, donne l'impression d'une pleurésie tuberculeuse grave et impose un pronostic réservé; la température s'est relevée et l'aspect cachectique du patient me fait différer l'intervention pendant vingt-quatre heures.

Le 29 mai, après cocaïnisation locale je pratique une incision verticale de 12 centimètres à trois doigts de la ligne épineuse et au niveau de l'angle de l'omoplate; le malade étant assis sur son lit les bras portés en avant, il est facile d'explorer les espaces intercostaux, de choisir le plus large et gratter avec la pointe du bistouri le bord supérieur de la côte sous-jacente à l'espace choisi qui est le huitième, d'enfoncer la sonde cannelée dans la plèvre, de débrider à droite et à gauche sur une

petite étendue et d'engager vivement l'index dans la cavité thoracique; gros drain, décubitus dorsal, pansement une heure après.

Les suites furent simples; chute immédiate de la température, relèvement graduel de l'état général; injections de naphtol camphré toutes les semaines à partir du 10 juin, suppression du drain le 4 juillet et cicatrisation consécutive rapide; aucune poussée congestive des poumons pendant l'oblitération de la plèvre (le malade avait été soumis dès le début à des doses d'arseniate de soude variant de 1 à 3 centigrammes).

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est qu'il s'agit d'un tuberculeux de trente-et-un ans qui semblait au premier abord destiné à conserver indéfiniment une fistule pleurale et qui n'en a pas moins guéri normalement. La déclivité de l'incision postérieure ne me paraît pas étrangère à cet heureux résultat, mais j'ajoute qu'il n'y avait pas pneumothorax, et que l'épanchement n'était pas assez ancien pour avoir détruit l'élasticité du poumon.

Je ne voudrais pas répéter ici les arguments que j'ai fait valoir en faveur de l'incision postérieure défendue également par mon collègue Walther, mais je saisis l'occasion de m'élever contre l'opinion qui représente le poumon comme refoulé par l'épanchement dans la gouttière costo vertébrale; c'est contre le médiastin que s'applique normalement le poumon rétracté, et il n'y a pas à craindre de le blesser en ouvrant la partie postérieure des espaces intercostaux. Si cependant des adhérences préalables l'avaient fixé dans ce point, on le reconnaîtrait par la percussion et l'auscultation et en cas de doute une ponction avec la seringue de Pravaz permettrait de reconnaître la présence du liquide d'une manière certaine.

M. Quénu. — J'ai fait également cette incision verticale postérieure chez un de nos collègues des hôpitaux, et cela avec un plein succès. Il s'agissait d'une pleurésie purulente enkystée, et je tenais à apporter cette observation à l'appui du procédé présenté ici par notre collègue.

Présentation de pièces.

Hernie crurale de l'appendice étranglée. Examen histologique.

M. Quénu. — J'ai été appelé en consultation le 4 avril, par mon ami et ancien interne le Dr Baudet, auprès d'une femme de quarante-deux ans, atteinte depuis le 26 mars, c'est-à-dire depuis neuf jours, d'une hernie crurale droite irréductible.

Les accidents commencèrent par une douleur brusque au pli de l'aine et l'apparition d'une tuméfaction qui se développa les jours suivants, mais sans provoquer de vomissements et sans interrompre ni la fonction intestinale, ni la circulation des gaz.

Le 4 avril, nous constatâmes l'existence, sous l'arcade crurale, d'une petite tumeur ayant le volume d'un œuf de poule, mate, arrondie, bosselée, fluctuante, irréductible. Le ventre était légèrement tendu, sensible dans la fosse iliaque droite, surtout au-dessus de l'arcade.

Nous diagnostiquâmes une hernie épiploïque étranglée sans entérocèle, et fûmes d'avis, néanmoins, d'intervenir de suite.



Etranglement herniaire de l'appendice.

M. Baudet fit l'opération, et je lui servis d'assistant. Le sac ouvert et du liquide citrin s'étant écoulé, nous trouvâmes l'appendice dans la hernie, rouge, congestionné, épaissi et étranglé vers sa partie moyenne. Pas trace d'épiploon. Après débridement, nous attirons le cæcum dans la plaie, constatons l'existence d'un sillon à la surface externe de l'appendice. L'appendice est réséqué à sa base, et le moignon cautérisé enfoui dans un pli cæcal. Cure radicale de la hernie. Suture de l'arcade à l'aponévrose du pectiné. Suites opératoires normales. Lever au 21e jour.

La malade, qui se plaignait de douleurs gastriques dans une période de six mois qui a précédé l'opération, n'en a plus depuis.

L'appendice enlevé a été examiné par notre chef de laboratoire, M. Landel, spécialement au niveau de l'étranglement, et nous présentons le dessin très démonstratif d'une coupe histologique passant à ce niveau. Il existe assurément des lésions inflamma-

toires, mais assurément secondaires, car elles vont en décroissant de la partie étranglée vers le reste, et, à une petite distance de l'étranglement, les coupes montrent un appendice presque sain, seulement plus vascularisé qu'à l'état normal.

Au niveau de l'étranglement, on constate la destruction complète de la muqueuse, couches glandulaires et folliculaires, de la sous-muqueuse et de la plus grande partie de la couche musculaire circulaire. Au contraire, le péritoine et la couche longitudinale lisse sont indemnes.

Ces préparations vérifient donc pour l'appendice ce que les recherches de Gosselin, Labbé, Nicaise avaient montré pour l'intestin, au moins quant à l'ordre suivant lequel se fait la destruction des tuniques. Il semble bien, à l'examen des pièces, qu'il s'agisse d'un processus nécrobiotique de la muqueuse et des couches sous-jacentes.

Appendicite. Transformation kystique de l'extrémité de l'appendice à contenu stérile.

M. Quénu. — Voici une pièce qui a été enlevée à froid chez un homme de trente-deux ans ayant présenté deux crises assez légères, à trois semaines de distance, un peu plus de deux mois auparavant.

Nous avons constaté que l'appendice se terminait par une partie renflée ayant le volume d'une petite cerise et qui, ouverte, laissa s'écouler un liquide clair, transparent, de consistance légèrement visqueuse, rappelant celui des kystes synoviaux ; la surface en était blanche, anémiée comme lavée.

Voici une note de M. Landel attestant la stérilité du liquide et démontrant que les parois de ce kyste sont bien constituées par les tuniques appendiculaires altérées et sclérosées. L'autre moitié de l'appendice (c'est-à-dire la partie insérée sur le cæcum) se terminait en un cul-de-sac du côté du kyste et la muqueuse offrait les altérations banales de l'appendicite.

Examen bactériologique. — Ensemencement dans 4 tubes de Liborius pour innervation, dans 4 tubes de gélose ordinaire et dans 3 tubes de bouillon, 0 culture.

Examen histologique de la paroi. — La paroi du kyste montre toutes les tuniques de l'appendice : en dedans la muqueuse amincie, avec des glandes courtes et dilatées, quelques-unes kystiques ; les follicules clos sont complètement absents, ou en voie de transformation scléreuse. La couche lymphoïde en général très développée dans l'appendice est ici extrêmement réduite, souvent nulle.

Les couches sous-muqueuse, musculaire et séreuse se présentent avec leurs caractères normaux.

M. Potherat nous a présenté le 12 novembre dernier un appendice analogue à celui-ci, terminé comme lui par un renflement à contenu clair et gélatineux; l'examen histologique manquait. M. Walther s'était demandé si ces renflements kystiques ne proviendraient pas de diverticules de la muqueuse appendiculaire dans le méso-appendice. Mon observation démontre que ce n'est pas l'interprétation qu'il faut donner à ces faits au moins dans tous les cas, et qu'il s'agit surtout d'une atrophie avec sclérose de la muqueuse. La stérilité du contenu de la cavité close nous a paru aussi un fait digne d'être mentionné.

M. Walther. — La cavité kystique de l'appendice que présente M. Quénu ne ressemble pas aux cavités diverticulaires de l'appendice que je vous ai présentées. Celles-ci siègent toujours sur les parois de l'appendice; je ne les ai jamais rencontrées à l'extrémité. Elles sont le plus souvent situées au niveau du méso-appendice et se développent dans l'épaisseur de ce méso. Ici, au contraire, il s'agit d'un appendice oblitéré et transformé en cavité. Cette transformation kystique, sans être fréquente, me semble moins rare que la formation des cavités diverticulaires. Je vous en ai il y a plusieurs années montré un bel exemple, un appendice énorme complètement kystique contenant un liquide absolument clair. Routier en avait montré un aussi quelque temps avant. C'est là une transformation kystique par oblitération de l'appendice, une variété d'appendicite chronique.

Dans le fait rapporté l'an dernier par M. Potherat, il s'agissait, autant qu'il m'en souvient, d'une cavité siégeant sur les parties latérales de l'appendice et non d'une transformation kystique de la cavité de l'appendice.

M. Tuffier. — Je crois que ces cavités kystiques, telles que M. Quénu nous en montre un exemple, ne sont pas très rares, j'en ai rencontré plusieurs et j'ai la conviction que ce sont tout simplement des appendicites guéries. Ce sont des cavités antérieurement septiques qui sont devenues stériles; c'est là un procédé naturel de guérison que nous voyons partout en pathologie générale, dans les pyosalpynx, par exemple.

Prostate enlevée par prostatectomie périnéale.

M. Bazy. — La prostate que je vous présente est une prostate de 65 grammes que j'ai enlevée par prostatectomie périnéale en un seul bloc à un homme de cinquante ans, le 18 juin dernier.

S..., cinquante ans, est un Brésilien venu me consulter il y a trois ans pour des troubles urinaires se rapportant à une hypertrophie prosta-

tique : j'avais trouvé par palpation bi-manuelle le lobe gauche plus hyperthrophié que le lobe droit : j'avais conseillé le cathétérisme répété, pour supprimer les spasmes (c'est ainsi qu'il appelait les envies d'uriner très fréquentes avec efforts assez violents) ; les mictions s'accompagnaient de sang par l'urètre et par l'anus.

C'est pour cela qu'on l'avait opéré au Brésil deux fois pour des hémorroïdes.

Malgré les cathétérismes et les traitements faits, le malade continuait à uriner toutes les dix minutes environ le jour et 10 ou 12 fois par nuit.

Quand on l'a fait uriner, si on met la sonde, on retire encore 180 à 200 grammes d'urine, puis il reste trois heures sans uriner ; mais alors les envies reparaissent impérieuses et douloureuses.

Il y a deux jours il a eu encore une hématurie assez intense.

A l'examen on trouve une prostate assez volumineuse avec un lobe gauche plus gros que le droit, mais on peut, le malade étant assez maigre, atteindre l'extrémité supérieure de l'organe.

Le jet d'urine est très faible : les mictions se font avec effort et malgré cela il ne peut uriner que quelques gouttes qui tombent sur ses souliers.

L'urine est trouble.

Je fais la prostatectomie périnéale le 18 juin, j'enlève la glande d'un seul bloc et sans ouvrir préalablement l'urètre ; elle pèse fraîche 65 grammes. Je mets en même temps une sonde périnéale de Malécot, et une sonde urétrale de Nélaton.

Dans l'opération, lors de l'ablation du lobe gauche, j'ouvre la vessie et une partie de l'urètre prostatique.

Je suture la perte de substance sur la sonde périnéale.

Je suture la plaie dans la plus grande partie de son étendue, et mets une mèche au périnée.

L'urine s'écoule surtout par la sonde périnéale, d'abord sanglante puis normale.

Les suites ont été apyrétiques.

Le 24 juin, j'enlève la sonde périnéale, laissant la sonde urétrale ; mais celle-ci ne fonctionne pas d'une manière rigoureuse, et elle est remplacée le surlendemain par une sonde en gomme qui passe très facilement. A partir de ce moment, toute l'urine coule par la sonde urétrale.

6 juillet. — On enlève la sonde, il ne s'écoule pas la plus petite goutte d'urine par le périnée.

Actuellement, le malade urine à peu près toutes les heures, légères douleurs terminales à la fin de sa miction.

La miction est souvent impérieuse et le malade a quelquefois de la peine à retenir ses urines.

Il est probable que cette incontinence disparaîtra quand la cystite qui persiste aura disparu sous l'influence d'un traitement approprié.

Dans cette opération, j'ai mis le malade dans la position de la taille périnéale ; je ne vois pas d'avantages à mettre le malade dans la position inversée. Je vois dans cette position un inconvénient, qui peut n'en être pas un pour d'autres, celui de pouvoir

opérer assis ; elle a un autre inconvénient, celui de forcer le sang à s'accumuler dans le fond de la cuvette formée par la plaie.

Je n'emploie pas non plus d'abaisseur, de désenclaveur, de la prostate. La prostate mise à nu, je l'attire peu à peu, comme on le fait pour l'utérus dans l'hystérectomie vaginale.

Je me contente de mettre un cathéter dans l'urètre pour le repérer.

Je ne vois pas d'inconvénient à ouvrir l'urètre tout d'abord, mais on peut faire l'opération sans l'ouvrir au préalable.

On peut aussi au lieu d'enlever la prostate en deux lobes, l'enlever d'un seul bloc. En effet,la pratique de ces opérations permet d'opérer comme l'on veut, suivant les circonstances.

M. Hartmann. — Comme notre collègue Bazy, je trouve tout à fait inutiles les procédés compliqués de prostatectomie qui ont été préconisés dans ces derniers temps. Je ne me sers ni de tables spéciales pour inverser les malades, ni de désenclaveurs. Je me contente de soulever légèrement le siège du malade sur un coussin, j'opère assis et je m'amarre avec des pinces à traction sur la prostate comme nous avons l'habitude de le faire sur l'utérus dans l'hystérectomie vaginale, ayant soin de toujours saisir la partie au-dessus de celle qu'on va sectionner dans les cas où j'opère par morcellement. A cet égard je procède encore comme M. Bazy, j'enlève en bloc successivement chacun des lobes, toutes les fois que c'est possible, ne considérant le morcellement que comme un procédé de nécessité.

Jamais je n'ai placé à la fois une sonde urétrale et un drain périnéal ; je crois du reste que M. Bazy n'a pas eu à se féliciter de cette pratique puisque sa sonde urétrale n'a pas fonctionné ; ce qui me guide au point de vue de la voie à suivre pour l'évacuation de la vessie, c'est l'état des urines.

Lorsqu'elles sont sales, infectes, très septiques, je place un drain périnéal; on est alors étonné de voir avec quelle rapidité se modifient les urines. Le lendemain même de l'opération elles sont devenues claires, ont perdu leur odeur. En vingt-quatre heures, on a obtenu des modifications de l'urine que ne seraient pas arrivés à amener des lavages prolongés pendant des semaines avec des liquides variés. Au contraire, lorsque les urines sont claires, peu infectées, je place immédiatement une sonde intra-urétrale.

Le Secrétaire annuel,
Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 22 JUILLET 1903

Présidence de M. KIRMISSON.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. QUÉNU qui demande, pour raisons de deuil, trois semaines de congé.

M. CH. MONOD dépose sur le bureau un travail de M. J. Girou (d'Aurillac), intitulé : *Relevé statistique du service de chirurgie de l'hôpital d'Aurillac, avec trois observations* in extenso : 1° Fistule vésico-crurale chronique ; 2° abcès gazeux fétide du testicule au voisinage d'une entérocèle adhérente ; 3° d'une hernie engouée avec appendicite.

Le travail de M. Girou est renvoyé à une commission dont M. CH. MONOD est nommé rapporteur.

Lecture.

Appendicite par présence d'anneaux de Tænia saginata *dans l'appendice* (1),

par M. ALBERT MARTIN,

membre correspondant de la Société de chirurgie.

Depuis que M. Metchnikoff a montré, par une communication à

(1) Travail lu par M. le Secrétaire général.

l'Académie de médecine en mars 1901, le rôle important des nématodes dans l'étiologie de l'appendicite, toute une série d'observations parues dans la littérature médicale sont venues montrer la fréquence relative de cette cause d'appendicite. Je rappellerai seulement les communications de M. Guiart à la Société de biologie, en mars 1901, où il incrimine surtout les trichocéphales et les ascarides, celles de M. Moty à l'Académie de médecine où il est question des oxyures, enfin la statistique de M. Lannelongue qui montre, en juin 1902, à l'Académie des sciences, que sur 21 appendicitiques par helminthes, 3 sont infestés par le trichocéphale, 1 par le trichocéphale et l'ascaride, 1 par l'oxyure et l'ascaride, 1 par l'oxyure seul.

Il importe donc, comme disait M. Guinard dans notre séance du 30 novembre 1901, de publier tous les cas analogues pour arriver à bien définir les rapports qui existent entre l'appendicite et l'helminthiase appendiculaire.

Je crois répondre à ce désir en vous donnant lecture de l'observation suivante :

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-trois ans, habituellement bien portante en dehors des crises répétées de colique appendiculaire qu'elle a présentées dans ces dernières années. Elle a été prise pour la première fois, il y a quatre ans, de douleurs très vives siégeant dans le bas-ventre et à droite. Cette première crise n'a guère duré plus d'une journée, ou du moins la malade n'est pas restée au lit plus de vingt-quatre heures. Elle n'avait jamais souffert antérieurement, elle ne s'était non plus jamais aperçue qu'elle rendît dans ses selles des vers intestinaux. Elle n'a d'ailleurs jamais remarqué cette particularité avant son opération.

En janvier 1903, elle a une deuxième crise très violente qui dure huit jours et l'oblige à garder le lit pendant trois semaines. Enfin, il y a cinq semaines, elle souffre d'une troisième crise qui dure près de quinze jours, mais ne l'oblige au repos absolu que pendant une semaine.

Toutes ces attaques ont été nettement caractérisées par des douleurs violentes dans la fosse iliaque droite. Dans l'intervalle des crises, la malade n'éprouva de ce côté que quelques petits élancements.

Lors des deux dernières, son médecin, le Dr Dubois (de Sommery), localise très nettement le maximum de la douleur au point de Mac Burney, affirme le diagnostic de colique appendiculaire et, devant la répétition des accidents, conseille l'intervention chirurgicale.

Je vois la malade en mai 1903. Son état général est bon. Elle ne se plaint à ce moment que de constipation et de douleur vague à droite. On ne sent rien à la palpation et, à cause de ménorragies assez abondantes, je me demande s'il ne s'agirait pas d'ovarite kystique plutôt que d'appendicite.

Le toucher vaginal ne donne aucune indication particulière.

Le 19 mai 1903, la malade est opérée. Je pratique le long du bord externe du muscle grand droit l'incision recommandée par M. Jalaguier. Le choix de ce mode opératoire n'a pas seulement pour but la reconstitution solide de la paroi abdominale, mais aussi la possibilité d'arriver plus facilement sur les annexes que je crois malades.

L'appendice iléo-cæcal est facilement trouvé et attiré dans la plaie. Il n'est retenu par aucune adhérence. Au palper, il me semble que les parois sont épaissies, et je sens deux petits calculs.

L'appendice est ligaturé, puis réséqué au niveau du cæcum. Son moignon est ensuite cautérisé, puis recouvert de la séreuse péritonéale. En somme, traitement classique sans aucun incident particulier et sans la moindre difficulté. Aussi je ne veux noter que ce détail intéressant. Au moment de la section de l'appendice, deux anneaux de tænia tombent sur une des compresses du champ opératoire où ils présentent des mouvements actifs qui accusent leur parfaite vitalité. Je procède ensuite à l'ablation des annexes gauches, l'ovaire de ce côté étant kystique et ayant le volume d'un œuf de pigeon. Les annexes droites étaient saines.

Les suites opératoires sont normales, et la malade guérit sans la plus petite complication.

La section longitudinale de l'appendice réséqué y fait découvrir trois oxyures et deux petits coprolithes de la grosseur d'un grain de millet. L'administration d'un flacon de peltiérine de Tanret, quelques jours après l'opération, amena l'expulsion d'un long ruban de tænia que notre collègue, le Dr Dévé, et M. Guiard, agrégé d'histoire naturelle, ont reconnu appartenir à la varité du *Tænia saginata*.

Mais je n'insiste pas plus longtemps sur cette observation, car je tiens seulement à faire constater qu'en fait de vers intestinaux, on ne trouve pas dans l'appendicite que des nématodes, mais encore de véritables anneaux de tænia. Je ne crois pas qu'on ait déjà signalé la présence d'un tel hôte dans l'appendice.

A l'occasion du procès-verbal.

Appendicite.

M. Walther. — Dans notre dernière séance, mon ami M. Quénu, à propos des réflexions que je lui avais adressées au sujet de la présentation d'un appendice kystique, compara la pièce en question à une autre pièce présentée l'an dernier par M. Potherat, et à propos de laquelle j'avais émis l'hypothèse d'un diverticule appendiculaire. M. Quénu me dit que dans ce cas il s'agissait bien d'un appendice kystique. Devant cette affirmation, devant l'affirmation de mon ami Potherat lui-même, je n'ai pas insisté. Je n'en gardais pas moins le sentiment d'un souvenir exact.

J'ai vérifié dans nos bulletins la description de la pièce que nous a présentée M. Potherat le 12 novembre 1902. Sa présentation porte le titre de : « Appendice avec diverticulum », et M. Potherat décrit cette tumeur remplie d'une matière gélatineuse, claire, enchassée dans la courbe formée par l'appendice. « Enfin, dit-il, cette poche, latéralement placée le long de l'appendice et près de son extrémité libre, communiquait, comme vous en pouvez juger, par un orifice net, rond, taillé à l'emporte-pièce et épithélialisé, avec le canal appendiculaire. »

Il est donc certain que la pièce présentée par M. Potherat différait complètement de l'appendice kystique que nous a montré M. Quénu.

Cloisonnement du bassin.

M. Chaput. — Je suis très heureux d'avoir provoqué par ma communication les intéressantes réflexions de mes collègues et je tiens à les remercier.

MM. Terrier et Pozzi nous ont signalé leur manière de faire qui consiste à suturer, vaille que vaille, la plaie rectale et à tamponner fortement le petit bassin par l'abdomen; au bout de quelques jours une fistule stercorale s'établit par l'abdomen ; cette fistule s'oblitère ensuite spontanément.

Ce procédé réussit lorsque le rectum contient des matières solides; mais lorsque le contenu rectal est liquide, la diffusion de ces matières dans tout le péritoine semble fatale avec toutes ses conséquences.

Même avec des matières solides, il ne me semble pas que le

péritoine puisse toujours être complètement protégé par les adhérences.

Je ferai encore une dernière critique à la manière de faire de nos collègues : c'est qu'elle crée dans tous les cas une éventration que le cloisonnement ne comporte nullement par lui-même.

Je suis très heureux que mon ami Ricard m'ait apporté l'appui de son autorité; M. Ricard a surtout considéré les indications du cloisonnement comme méthode générale, mais il en admet aussi les avantages dans le cas que j'ai envisagé, c'est-à-dire dans les plaies graves du rectum.

Plusieurs de nos collègues: MM. Peyrot, Faure et Hartmann, ont traité la question de priorité; je m'efforcerai surtout de répondre à M. Quénu qui a formulé sur ce point les critique les plus importantes.

Si j'en juge par le compte rendu de la *Presse médicale*, M. Quénu a contesté l'originalité de la méthode de cloisonnement que j'ai appliquée aux déchirures du rectum. Il déclare que cette méthode n'est que l'extension à un cas particulier de la péritonisation née il y a quinze ans des travaux de Chrobak sur l'enfouissement du pédicule utérin.

Il est d'autant plus piquant de voir surgir le nom de Chrobak dans cette question, que ce nom n'est même pas cité dans le mémoire de M. Quénu, en 1901, sur la péritonisation. En réalité ce nom n'a pas été cité parce qu'il n'y avait pas lieu de le faire.

Il y a, en effet, une énorme différence entre l'enfouissement d'un pédicule de Chrobak et les autoplasties péritonéales que nous faisons maintenant.

M. Quénu déclare encore que le procédé que je vous ai décrit pour les plaies du rectum n'a rien d'original. Cette affirmation mériterait d'être appuyée par des observations antérieures ou des indications bibliographiques. Or, dans aucun auteur, on ne trouve mention de la péritonisation appliquée aux larges plaies du rectum, — sans suture de cet organe, car là est le point spécial, — et pas un des membres de cette Société n'a jamais traité de cette seule façon une plaie du rectum.

Il me semble qu'on peut dire qu'une méthode est originale quand elle n'a jamais été pratiquée ni décrite par personne.

Je professe la plus grande estime pour la valeur scientifique de mon maître et ami Quénu, mais il me paraît intéressant, dans cette question de priorité, de signaler que M. Quénu a négligé, aussi bien dans la discussion actuelle qu'en 1901, de citer le premier travail français publié sur la question de la péritonisation.

J'ai décrit en effet, en 1894, sous ce titre : « Étude sur le cloi-

sonnement du bassin » (*Société anatomique*, novembre 1894), les différentes variétés de péritonisation, aussi bien la péritonisation haute dans laquelle on établit une cloison entre le péritoine et le bassin, que la péritonisation basse qui n'est qu'une autoplastie péritonéale; ce mémoire, assez court, contient une observation détaillée de péritonisation haute, et mentionne vingt-trois autres cas personnels de péritonisation basse appliquée à des opérations variées : hystérectomie abdominale totale, hystérectomie vagino-abdominale fermée, hystérectomie supra-vaginale, castration simple.

Je n'ai pas eu le temps de vérifier si le travail de Bardenheuer, publié la même année que le mien, lui est antérieur ou non. Toujours est-il que je revendique l'honneur d'avoir, le premier en France, pratiqué et décrit la péritonisation à lambeaux.

Quant à la péritonisation haute, appliquée comme unique moyen de réparation des plaies du rectum non justiciables de la suture, on ne saurait en contester l'originalité et la nouveauté.

M. Hartmann. — L'indication de M. Quénu relativement au travail de Bardenheuer sur la péritonisation a été mal transcrite à l'impression. La pratique de Bardenheuer a été exposée en 1896 par son assistant Bliesener et analysée la même année dans les *Annales de gynécologie.*

M. Chaput. — Je remercie M. Hartmann de sa rectification. Elle me permet d'établir que j'ai le premier pratiqué et décrit les diverses variétés de péritonisation (sous le nom de cloisonnement du bassin).

Suppuration de la caisse et suppuration parotidienne.

M. Pierre Sebileau. — Je désire faire quelques remarques sur la récente communication de MM. Lucien Picqué et Toubert.

Nos collègues ont lu ici (1) une observation de « *suppuration de la loge parotidienne d'origine otique* », et ils ont fait suivre cette lecture de quelques réflexions.

De leur court mémoire se dégage, à mon sens, un enseignement dangereux; et si je prends aujourd'hui la parole pour le critiquer, c'est en raison du crédit particulier qu'attache à leurs travaux le

(1) Lucien Picqué et Toubert. A propos d'un cas de suppuration de la loge parotidienne. *Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris*, 7 juillet 1903, t. XXIX, nº 25, p. 709.

goût qu'ils professent, personne ne l'ignore, pour une spécialité où ils versent volontiers.

MM. Picqué et Toubert ont donc lu récemment, devant vous, l'observation d'une malade qui a présenté concurremment une suppuration de la loge parotidienne et une suppuration *par* le conduit auditif externe. Après avoir, tout d'abord, admis que le pus d'une parotidite s'était simplement fait jour, comme il n'est pas très rare de l'observer, dans le conduit auditif, nos collègues changèrent d'opinion ; ils se mirent à penser qu'une otite moyenne aiguë avait ouvert la scène et que les lésions de la caisse avaient envahi, par propagation lymphatique, les ganglions profonds de la région parotidienne et provoqué leur suppuration : ainsi s'explique le titre de leur communication.

C'est une chose banale que la coexistence des mastoïdites et des abcès cervicaux ; j'en vois, chaque semaine, plusieurs cas. Soit que la suppuration mastoïdienne s'extériorise en perforant la corticale superficielle, la corticale apicale ou la corticale profonde (M. de Bezold) et fuse ainsi dans le cou ; soit qu'autour d'une thrombo-phlébite de la jugulaire se développe une collection sous-sterno-mastoïdienne, l'on peut dire que la simultanéité des suppurations tympano-mastoïdiennes et cervicales est très couramment observée. Mais une chose beaucoup plus rare, dans les suppurations de la caisse, c'est l'infection cervicale à distance, l'adéno-phlegmon du cou par propagation lymphatique éloignée en dehors de toute manifestation mastoïdienne. Je ne nie certes pas cette complication des otites ; je dis seulement qu'elle n'est pas courante.

La chose, d'ailleurs s'explique : la muqueuse de la caisse assure sa propre défense contre les infections par une suppuration franche et, relativement, toujours abondante ; ce qui suppure copieusement n'engendre pas volontiers la lympho-adénite. Les phlegmons ganglionnaires du cou, d'origine otique, sont donc assez rares. Rares, surtout, selon moi, les périadénites parotidiennes ; je puis bien dire n'en avoir jamais observé un seul cas dans le nombre déjà élevé d'otites aiguës qu'il m'a été donné de suivre.

Telle est aussi, sans doute, l'opinion de MM. Picqué et Toubert, puisqu'ils disent eux-mêmes que l'un deux « vient d'ajouter un *nouveau chapitre* à l'étude des complications exocraniennes de l'otite en décrivant les relations qui existent entre les otites et les parotidites au point de vue pathogénique ». Eh bien ! je dis que leur dernière observation, celles qu'ils ont lue ici, n'a, sur ce point des adéno-phlegmons d'origine otitique, aucun caractère d'authenticité et n'offre pas la garantie désirable. Où y est-il démontré que la patiente, venue dans le service de M. Picqué

pour un œdème inflammatoire de la région parotidienne, ait jamais, avant l'apparition de cet œdème, souffert d'une otite? Elle n'avait pas accusé de douleur; aucune infirmière n'avait constaté de pus dans la conque, ni sur la toile de l'oreiller; M. Picqué ni son interne, qui séparément pratiquèrent une incision para-mandibulaire et, sans doute, durent explorer la région, n'en virent davantage; enfin, nulle réaction mastoïdienne n'existait.

Sur quoi, donc, nos collègues peuvent-ils s'appuyer pour affirmer l'existence d'une otite moyenne antérieure aux manifestations phlegmoneuses de la région parotidienne? Sur ce qu'ultérieurement M. Toubert, en pratiquant l'antrotomie, trouva l'antre rempli de fongosités? Mais qui nous dit que, précisément, cet antre, ne fut pas infecté par le « curettage, de la caisse », que M. Picqué pratiqua au travers d'un conduit infecté et rempli de pus, curetage sur lequel je reviendrai d'ailleurs dans un instant?

Plusieurs détails de l'observation semblent, d'ailleurs, prouver que la suppuration parotidienne relevait dans l'espèce, d'une tout autre cause que d'une prétendue infection de la caisse : en incisant cette suppuration parotidienne derrière l'angle de la mâchoire, et en l'incisant presque au début de sa formation, (j'insiste sur ce dernier point qui découle de la lecture même du travail de M. Picqué), que trouva celui-ci? Une large dénudation de l'angle de la mâchoire chez une malade ayant d'ailleurs une mauvaise dentition. Ne semble-t-il pas qu'il s'agisse là d'une suppuration périmandibulaire ouverte dans le conduit? Et, d'ailleurs, quel fonds peut-on faire, au point de vue pathogénique où se sont placés nos collègues, sur l'histoire de cette malade, « mélancolique, anxieuse et gémissante » qui, concurremment présentait une suppuration par le conduit auditif, une collection parotidienne ou péri-parotidienne, et, du côté opposé, une énorme suppuration thoracique ainsi que deux abcès deltoïdiens? Vraiment, il est impossible de considérer un pareil fait, avec sa diffusion suppurative, comme un exemple scientifique d'adéno-phlegmon parotidien d'origine otito-tympanique.

Mais je tiens surtout à relever, dans le travail, de nos deux collègues, quelques points d'ordre purement clinique. On y lit cette phrase : « Admettant, en raison du pus (qui s'écoulait par le conduit), la possibilité d'un envahissement secondaire de la mastoïde, je pratique le 10 janvier une incision rétro-auriculaire. La paroi osseuse du conduit auditif est dénudée, en partie effondrée et, par la brèche, je pénètre dans la caisse remplie de fongosités abondantes que je ramène à la curette. Après rugination, la mastoïde me paraît intacte, et je me borne au curettage de la caisse. »

C'est précisément ici, comme je le disais tout à l'heure, que se

dégage de la communication de nos deux distingués collègues un dangereux enseignement : dangereux au point de vue du diagnostic, dangereux au point de vue de la technique opératoire; dangereux au point de vue des indications thérapeutiques.

Ainsi donc, après avoir admis, sur la seule abondance du pus qui s'écoulait par le conduit auditif de sa patiente, « la possibilité d'une alteinte mastoïdienne », M. Picqué décida la trépanation. On ne saurait justifier, me semble-t-il, par une constatation aussi banale, un diagnostic aussi délicat et, encore moins, une opération de cette importance. Le diagnostic de la mastoïdite et, surtout, de la mastoïdite qu'il faut opérer, n'est pas une chose si simple; l'on a coutume d'analyser beaucoup de signes avant de le porter : la douleur spontanée et la douleur provoquée par la pression, la température, la chute de la paroi postéro-supérieure du conduit, l'effacement du sillon auriculo-mastoïdien, l'abduction du pavillon, le gonflement mastoïdien et l'œdème des parties molles, sans parler, bien s'entend, des signes « d'extériorisation ». Et, malgré tout cela, l'embarras est quelquefois grand. La quantité de la suppuration apparaît, au milieu de tout ce cortège clinique (je ne parle, chacun le comprend, que des otites aiguës), comme un signe d'importance tout à fait secondaire. Chez un malade qui n'a, d'autre part, aucun signe de mastoïdité, il ne suffit ni à établir le diagnostic ni surtout à justifier une opération. Je vais même plus loin, et je dis que, chez un patient présentant des signes de mastoïdite légère, cet écoulement, s'il doit entrer en ligne de compte pour le diagnostic d'envahissement mastoïdien probable, surtout quand il s'agit d'une apophyse pneumatique, peut être raisonnablement donné comme un argument en faveur de l'expectation momentanée, puisqu'il prouve, au moins, qu'il n'y a pas de rétention et que le drainage naturel par la caisse fonctionne à souhait.

Si j'insiste pareillement sur ces faits, c'est que, très opérateur de tempérament, je reçois chaque jour des faits un encouragement à l'opportunisme et à la patience. Les cas où, au cours d'une otite aiguë, la mastoïde ne réagit pas, peu ou prou, sont vraiment rares, et plus on voit de malades, plus on se convainc qu'il ne faut pas trop se presser.

Récemment, j'avais en ville deux jeunes malades : ni l'un ni l'autre ne présentaient de phénomènes de rétention; j'entends seulement par là qu'ils vidaient bien leur caisse. Mais ils avaient de la température (38, 38.5, 39,5), de la douleur spontanée tenace, une réaction douloureuse intense à la pression antrale, une légère chute de la paroi postéro-supérieure du conduit; l'un d'eux était nettement infecté, pâle, très anorexique. Je crois bien que,

s'ils avaient appartenu à ma famille j'aurais vivement insisté pour qu'on les opérât sans retard. Je ne les opérai cependant pas, un peu par crainte d'effrayer trop tôt la famille et par cette faiblesse excusable qui nous rend quelquefois plus timides en ville qu'à l'hôpital, beaucoup parce que je savais pouvoir tenir mes petits patients sous une attentive surveillance. Eh bien! l'un et l'autre ont guéri.

Guérira peut-être aussi, très amélioré, en tout cas, pour le moment, se trouve un vieillard qui est atteint, depuis deux mois, d'une mastoïdite diffuse à laquelle il ne manque aucun signe, pas même une très copieuse suppuration par le conduit, que je n'ai pas voulu opérer exclusivement à cause de son grand âge et qui, précisément, je pense, parce qu'il « coule » abondamment, s'achemine lentement vers la guérison, depuis le jour où un auriste instruit et sage a dit à son fils : « Si mon père était malade de la sorte ce n'est pas demain, c'est ce soir qu'il serait opéré ». Et cela se passait il y a déjà quelques semaines.

J'arrive aux indications opératoires, M. Picqué concluant donc, en raison de l'abondance du pus, à l'envahissement de la mastoïde opère sa malade; il trouve la paroi osseuse « dénudée, en partie effondrée et, par la brèche pénètre dans la caisse remplie de fongosités abondantes qu'il ramène à la curette », pratiquant, autant que la description permet d'apprécier la chose, une sorte d'opération de Stacke atypique, incomplète, et quelque peu périlleuse pour le facial, semble-t-il. Je ne sais si ce curage de la caisse fut vraiment un curage de la caisse, notre collègue ayant négligé de dire si, avec les fongosités, il enleva les osselets; mais il faut croire qu'il en fut ainsi, puisque plus tard M. Toubert, faisant une antrotomie, constata, au cours de l'opération, « qu'une curette fine pénétrait librement dans la caisse dont le contenu avait été enlevé par « exentération » dans une précédente intervention ». Bref, complet ou non, le curage de la caisse eut lieu et c'est précisément contre cette manœuvre que je tiens à m'élever. Ce n'est pas une opération banale ni exempte de dangers ou d'inconvénients. Nous ne nous décidons pas à le pratiquer sans raisons sérieuses : d'abord, il ne saurait être question de lui, comme c'est ici le cas d'après l'hypothèse des auteurs, au cours d'une otite aiguë ; c'est aux otorrhées chroniques qu'il est appliqué. Et encore celles-ci doivent-elles remplir des conditions qu'heureusement elles remplissent assez rarement. Il faut qu'elles soient restées rebelles au traitement des pansements méthodiques, qu'il y ait, par exemple, de l'ostéite des parois de la caisse, ou du cholestéatome, que l'extirpation méthodique des osselets apparaisse comme inutile ou insuffisante, etc. Et quand, pour une ou plusieurs de ces raisons,

ce curage est déclaré nécessaire, on le pratique d'une manière chirurgicale, par mise à nu de la caisse et de l'attique réalisée au moyen de l'opération dite cure radicale ou évidement pétro-mastoïdien. Le curage de la caisse est précisément le dernier temps de cette opération ; il doit être pratiqué doucement, par un chirurgien très éclairé (je veux parler du miroir qu'à cet effet nous plaçons sur notre front) et, au travers d'une large brèche découvrant assez largement toute la cavité tympanique pour qu'aucune des manœvres qu'il nécessite ne soit livrée au hasard. Et malgré tout cela, la curette quelquefois blesse le facial mis à nu, sous la paroi profonde de l'oreille moyenne, par l'ostéite destructive du massif osseux où il circule. Mais appliquer un curage de la caisse à une otite aiguë et à une otite aiguë, disons-le, qui n'a même pas été explorée, et cela par l'aveugle procédé d'un effondrement atypique de la paroi postérieure du conduit, cela constitue une méthode condamnable, et il m'a semblé qu'il fallait que cela fût dit à la Société de chirurgie. N'y aurait-il d'ailleurs, pour la faire repousser en pareil cas, que son inutilité certaine, et aussi la diminution très considérable de l'audition qu'elle entraîne, que cela suffirait je pense, même quand il s'agit d'une mélancolique anxieuse. Mais il n'y a pas que cela.

Je termine par quelques mots de technique opératoire. M. Picqué, ayant diagnostiqué une mastoïdite, se résout à trépaner. Il incise les téguments, décolle le périoste, explore la corticale et, celle-ci paraissant intacte, arrête court son intervention. C'est là une conduite dont il faut se garder ; pour ce qui me concerne, je ne la comprends pas. Quand on trépane une mastoïdite « à temps », on peut dire que, dans la grande majorité des cas, la corticale est intacte. Cliniquement, au cours de l'opération, son apparence est négligeable, car il n'est pas rare que les lésions d'ostéite et de suppuration s'extériorisent avec une certaine lenteur. Quand on a décidé de trépaner, il faut donc trépaner : c'est au chirurgien à ne trépaner qu'après un bon diagnostic. Mais rester en route, comme l'a fait notre collègue, sous prétexte de corticale saine, c'est exposer presque fatalement le patient, à moins qu'on n'ait pris le bistouri sans raisons suffisantes, aux risques d'une seconde opération et d'une intervention malheureusement retardée. Il y a longtemps que l'incision de Wilde est condamnée. Du reste, la conviction de M. Picqué a été entraînée par les événements, puisqu'il nous dit après coup, sa malade ayant dû être ultérieurement trépanée par M. Toubert, que « dans les cas de ce genre, même lorsque la face externe de la mastoïde paraît intacte, il est indispensable de l'effondrer pour mettre à découvert les cellules mastoïdiennes ». C'est là, en effet, la seule con-

duite à tenir, et non pas seulement dans les cas de ce genre, mais dans tous les cas, sans exception, et vraiment, le précepte est si banal qu'il ne m'a pas paru possible qu'on le formulât, comme « conclusion intéressante » d'une observation, devant cette société dans les bulletins de laquelle tant de jeunes chirurgiens puisent leur enseignement, sans que quelqu'un se levât pour dire qu'il répond, en réalité, depuis longtemps, à la pratique commune.

Je pense même que, dans la trépanation mastoïdienne, il faut aller plus loin qu'on ne va souvent; l'antrotomie simple est, presque toujours, une opération insuffisante. Et c'est précisément parce qu'elle est insuffisante qu'on voit souvent, après elle, persister des accidents d'infection qui obligent le chirurgien à recourir à une seconde intervention; c'est aussi parce qu'elle est insuffisante qu'elle est suivie, dans certains cas, de fistulisation. Il n'est pas rare que nous recevions à Lariboisière des malades déjà antrotomisés et qui guérissent de leur fistule par simple élargissement de la brèche mastoïdienne. Il est tout à fait exceptionnel que, dans une mastoïde justiciable de l'opération, l'antre seul soit malade; presque toujours les cellules voisines de l'antre, et souvent aussi des cellules éloignées, la grande cellule de la pointe en particulier, sont atteintes d'ostéïte et remplies de pus. Chose à noter : sur un nombre relativement grand de malades, on ne trouve de pus ni dans l'antre ni dans les cellules limitrophes de cet antre, alors que, du côté de la pointe, les lésions sont très marquées. Voilà pourquoi, d'une manière systématique, toutes les fois que je pratique la trépanation mastoïdienne, je ne me contente jamais de l'antrotomie : je creuse dans l'os une large brèche, je résèque toute la corticale, et je détruis toute l'étendue de la traînée cellulaire qui, de l'antre s'étend vers l'apex. Et cette pratique, qui est une pratique nécessaire, n'est pas aujourd'hui seulement la mienne; elle a été, en particulier, défendue par mon ami Lombard au congrès de 1900.

Telles sont les quelques réflexions que je voulais faire à propos de la communication de MM. Picqué et Toubert. Je me suis efforcé, dans cette critique, de me cantonner sur le terrain d'une discussion purement scientifique. J'espère que personne n'aura pu rien découvrir de personnel dans ce que j'ai dit et que j'aurai su n'éveiller en parlant, ni les susceptibilités d'un chirurgien qui est presque un de mes maîtres, ni celles d'un collègue dont j'ai déjà lu et apprécié plusieurs travaux.

M. Broca. — Dans ce que vient de dire M. Sebileau, il y a un point sur lequel je désire apporter une petite rectification. Je crois, en effet, que quand une otite moyenne suppure très abon-

damment, la majeure partie du pus vient des cellules mastoïdiennes. Mais ce pus s'écoule très facilement et, — c'est ici que je redeviens d'accord avec Sebileau, — en l'absence de phénomènes de rétention, en langage courant, on ne prononce pas le nom de mastoïdite, c'est-à-dire qu'on ne songe pas à opérer.

Ce qui est encore très exact, et il y a longtemps que mon ami Lubet et moi l'avons montré, c'est que souvent il y a même réaction mastoïdienne extérieurement appréciable, avec rougeur, douleur à la pression, œdème léger rétro-auriculaire, et que cependant la guérison est possible par l'instillation de glycérine phéniquée, en vidant plusieurs fois par jour la caisse à l'aide de la douche d'air. J'ai vu bien des cas de ce genre.

Quant à traiter une otite aiguë ou mastoïdite, sous prétexte que la corticale est saine, par le nettoyage de la caisse sans ouverture de l'apophyse, je m'élève contre cette pratique avec autant d'énergie que Sebileau.

J'insisterai, en terminant, sur la nécessité de ne pas s'en tenir à l'antrotomie. Autrefois, on n'ouvrait que la pointe, par crainte du sinus, et l'on avait tort; mais certains opérateurs modernes ont tort de n'ouvrir que l'antre. Il faut, en réalité, et cela encore est dans le livre que j'ai cité tout à l'heure, ouvrir dans l'apophyse toutes les cellules qu'elle contient, en les poursuivant une à une avec le bec du protecteur.

Cette poursuite, il est vrai, est parfois difficile, et, en particulier, je m'en suis rendu compte pour certaines mastoïdites grippales où, l'otite ayant guéri vite et toute seule, l'apophyse se prend avec lenteur, presque avec chronicité. Deux fois, quoique j'eusse évidé l'apophyse d'une façon qui m'avait parue complète, jusqu'à rencontrer de l'os partout dur, sans point spongieux dépressible, les malades sont restés en état médiocre, avec un peu de dyspepsie, langue saburrale, avec persistance de quelques douleurs. Au bout de quelques semaines, j'ai ouvert la pointe, j'y ai trouvé un abcès gros comme un pois et tout a bien guéri.

M. Pierre Sebileau. — Je suis très heureux de voir mon excellent ami Broca, dont le nom fait autorité dans la matière et dont je n'ignore nullement les travaux, approuver mes idées et appuyer mes arguments : aussi bien est-ce une bonne fortune qu'on ne peut se flatter d'avoir tous les jours.

J'ai fait simplement, sans prétendre avoir rien inventé, les réflexions que m'a inspirées la lecture de la communication de MM. Picqué et Toubert et j'ai dit ce qu'avec ma petite expérience des choses, je pense être la vérité. Dans ces choses, il y a, en particulier celle-ci, au sujet de laquelle mon ami Broca ne m'a peut

être pas bien compris : c'est que l'abondance de l'écoulement, si elle est souvent en rapport avec une participation de la muqueuse antrale au processus d'infection, ne saurait à elle seule constituer, dans les premières semaines de l'évolution d'une otite, une indication opératoire et que, même, dans une certaine mesure, et dans les cas déterminés dont j'ai parlé, elle peut être considérée comme un argument d'expectation temporaire, puisqu'elle est presque toujours fonction de bon drainage.

Je ne partage pas, à beaucoup près, l'opinion de mon collègue sur l'utilité de la douche d'air appliquée à ces cas particuliers.

M. Reynier. — Je partage entièrement la manière de voir de M. Sebileau et de M. Broca, et je m'associe aux réflexions qu'ils ont faites. Comme M. Sebileau je ne crois pas qu'on soit en droit d'induire, de l'abondance de l'écoulement par l'oreille, à une suppuration de la mastoïde, dont on n'a aucun autre symptôme. Comme mes collègues, je crois également qu'il y a tout avantage à ouvrir très largement les cellules mastoïdiennes et à ne pas se contenter seulement de l'ouverture de l'antre, car les cellules limitrophes sont souvent prises, et se vident mal, quand on se contente seulement de trépaner celui-ci.

Mais si prends la parole, c'est parce que M. Sebileau vient de nous citer des cas dans lesquels, bien que croyant à une propagation mastoïdienne, il n'est pas intervenu, et cependant ses malades ont bien guéri, sans trépanation. J'ai des observations identiques dans ma pratique. Cependant je n'en conclus pas pour cela qu'il a mieux valu ne pas intervenir. Je demanderai en effet à M. Sebileau ce que sont devenus ces malades au point de vue de la fonction auditive. Ceux que j'ai suivis ne sont pas brillants de ce côté.

Il y a longtemps que j'ai fait remarquer que les malades atteints d'otite aiguë, chez lesquels on a fait une trépanation mastoïdienne semblent dans la suite avoir une audition meilleure que ceux chez lesquels on s'est contenté d'une simple paracentèse de la membrane du tympan.

Nous aurons la raison de ce fait clinique et thérapeutique en tenant compte de l'anatome de la caisse, anatome qui doit influer sur la marche et les suites de toute inflammation de cette région.

La caisse est divisée en deux cavités, l'une supérieure, l'attique, qui communique avec l'autre mastoïdien par l'aditus, et dans laquelle s'ouvre la trompe d'Eustache ; l'autre l'atrium ou cavité tympanique, fermée par la membrane du tympan.

Ces deux cavités sont séparées par la chaîne des osselets et ne communiquent que par un orifice d'un millimètre carré, qui se trouve au milieu de cette chaîne.

C'est donc dans l'attique que se fait le début de toute inflammation aiguë venant par la trompe d'Eustache. Et la suppuration de l'attique, à moins que la chaîne des osselets ne soit détruite, aura toujours plus de tendance à gagner par l'aditus les cellules mastoïdiennes et ne se videra que mal dans la cavité tympanique.

C'est pourquoi M. Sebileau tout à l'heure incidemment constatait que dans toute otite aiguë il y avait toujours retentissement du côté de la région mastoïdienne. C'est ce que M. Tillaux a le premier depuis longtemps affirmé, et les recherches cadavériques de Politzer ont confirmé ce fait anatomique, puisqu'il nous dit avoir trouvé dans toutes les autopsies d'otites aiguës suppurées des lésions de la mastoïde, même lorsqu'aucun symptôme n'avait attiré l'attention de ce côté pendant la vie.

La paracentèse de la partie inférieure de la membrane du tympan est donc une opération fatalement vicieuse et incomplète. Car par cette paracentèse, à moins que les osselets ne soient détruits, et que les deux cavités communiquent largement, on ne donnera issue qu'au pus contenu dans l'atrium ; et si on diminue la pression dans l'attique, on laisse dans cette cavité du pus, des produits inflammatoires qui, les choses se tournant au mieux, s'organisent et immobilisent pour la suite les ligaments et la chaîne des osselets.

Par une trépanation mastoïdienne rapide, vous permettrez à l'attique de se vider beaucoup mieux, et, si la membrane du tympan est perforée, en faisant des lavages par l'antre et le canal de l'aditus, vous arriverez à aseptiser plus sûrement les deux cavités de la caisse, ce qui vous était impossible par la simple paracentèse tympanique.

C'est tenant compte de tous ces faits, et surtout des résultats concordants de ma pratique personnelle, que je suis de plus en plus porté à proposer, dans les otites aiguës, une trépanation mastoïdienne précoce, systématique, qui me paraît devoir être le moyen le plus sûr de sauvegarder la fonction auditive, en même temps que de parer aux accidents, quelquefois déroutants par leur rapidité, de propagation mastoïdienne et cérébrale.

C'est tellement ma conviction, que, j'aurais une otite aiguë, je n'hésiterais pas à me faire faire cette trépanation.

J'ai été frappé en effet de voir avec quelle rapidité les accidents cessaient, la mastoïde étant ouverte, même lorsqu'on n'avait pas trouvé de pus, et surtout de voir comme la fonction auditive se rétablissait souvent presque complètement.

M Pierre Sebileau. — M. Reynier a observé, comme Broca et moi, qu'il n'y a guère d'otites aiguës suppurées sans manifesta-

tions mastoïdiennes et que ces manifestations mastoïdiennes sont souvent assez légères pour guérir spontanément; mais, corollaire assez inattendu de son expérience, il croit qu'il y a intérêt à trépaner, sans distinction, tous les malades atteints d'une suppuration aiguë de la caisse.

C'est une doctrine qui n'est pas sans gravité; elle me mettrait personnellement dans l'embarras, car elle m'obligerait à plusieurs trépanations journalières. Je m'y résoudrais, cependant, s'il le fallait, mais je crois qu'il ne le faut pas. M. Reynier appuie son radicalisme sur ce fait observé par lui, chez de nombreux opérés, que l'audition devient meilleure et plus rapidement meilleure sur les malades qui ont subi une trépanation mastoïdienne que sur ceux qui ont subi la paracentèse de la membrane. C'est un point que j'avoue n'avoir point étudié et je n'ai, le concernant, aucun document à produire. *A priori*, la chose me surprend plutôt. Mais fût-elle vraie, qu'elle le serait d'une manière insuffisante pour autoriser la conduite conseillée par M. Reynier.

A qui fera-t-on admettre que cela constitue une bonne chirurgie que de trépaner la mastoïdite à un malade qui n'a d'autre titre à cette opération que l'incertain espoir d'un retour plus rapide à une audition normale?

M. Reynier appuie sa thèse d'arguments personnels et impressionnants. S'il souffrait d'une otite moyenne suppurée sans aucune complication, il demanderait, dit-il, à être trépané d'office, M. Reynier n'aura pas, je l'espère, de suppuration de la caisse; mais si jamais il lui en venait une et s'il me faisait l'honneur de solliciter sans plus tarder mon intervention, je lui dirais : « Mon cher maître, cherchez un autre chirurgien ». M. Reynier n'en trouverait pas, et j'ai trop de confiance dans son sens clinique pour ne pas savoir qu'il en serait très heureux.

Rapports.

Contribution à l'étude du traitement des affections articulaires traumatiques, par MM. MALLY et RICHON.

Rapport par M. HENRI HARTMANN.

En 1900, j'ai déjà eu l'occasion de vous lire un rapport sur un travail de MM. Mally et Mignot (1), établissant, par des recherches

(1) Mally et Mignot. Recherches expérimentales sur les amyotrophies d'origine articulaire. Rapport par M. Henri Hartmann, in *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1900, t. XXVI, p. 415.

expérimentales, l'existence de lésions nerveuses portant sur les nerfs et sur les cellules motrices de la moelle, lésions qui seraient la cause de l'amyotrophie articulaire dite réflexe.

Dans le travail qu'il nous a récemment présenté, M. Mally revient, avec la collaboration de M. Richon, sur cette question de l'amyotrophie réflexe dans les affections articulaires traumatiques et s'attache à en étudier le traitement.

Vous savez tous, depuis les communications faites ici même, dès 1886, par M. Lucas-Championnière, l'importance du massage et de la mobilisation dans le traitement de ces affections.

MM. Mally et Richon, tout en reconnaissant les bienfaits de cette méthode de traitement, insistent sur ce fait que, dans certains cas, le massage, la mobilisation et même l'application de certaines formes d'électricité, en particulier l'emploi des courants faradiques, au lieu d'amener l'amélioration habituelle, aggravent les lésions. Ils admettent hypothétiquement que l'excitation déterminée par ces divers moyens a agi trop vivement sur la moelle, exaspéré les symptômes de l'atrophie réflexe et augmenté vraisemblablement les lésions médullaires. « Celles-ci, de dynamiques qu'elles étaient au début, deviennent à la longue anatomiques, et c'est ainsi, disent-ils, que, bien souvent, le traitement sera responsable de l'impotence fonctionnelle définitive et incurable. »

Il serait donc utile de pouvoir préciser à l'avance les cas qui doivent être soumis au traitement habituel, et ceux qui demandent à être traités avec de grands ménagements. C'est possible en pratique. Cliniquement, les amyotrophies réflexes sont caractérisées par le développement d'une atrophie précoce et rapide, par une parésie d'intensité variable, par une diminution des deux excitabilités, galvanique et faradique, sans réaction de dégénérescence, par des phénomènes spasmodiques.

C'est le plus ou moins d'intensité de ces phénomènes spasmodiques qui doit guider dans le choix du mode de traitement. Forgues et Reclus, dans leur Traité de thérapeutique chirurgicale, mentionnent déjà leur importance et préconisent pour les amyotrophies réflexes la méthode de Régimbeau (de Montpellier), qui traite les atrophies réflexes bénignes par la faradisation et les atrophies réflexes spasmodiques par les courants faibles et continus.

MM. Mally et Richon demandent de même à l'étude des phénomènes spasmodiques les indications du traitement. La constatation de modifications considérables dans l'excitabilité a la même importance que celle d'une exagération des phénomènes spasmodiques; les deux sont associées et indiquent que la moelle est touchée. Mais, comme la recherche de ces modifications de l'exci-

tabilité nécessite un appareil spécial, une table d'électro-diagnostic dont sont dépourvus la plupart de nos services de chirurgie, Mally et Richon conseillent de s'en tenir à l'étude des phénomènes spasmodiques, suffisante en pratique et facile à faire sans le moindre appareil.

L'expérience montre que, dans les cas où les phénomènes spasmodiques prennent une importance notable, toutes les manœuvres telles que la mobilisation, le massage, l'application de courants faradiques aggravent l'impotence fonctionnelle. On doit donc s'abstenir de ces manœuvres toutes les fois que le malade se plaint de contractures musculaires douloureuses, se produisant la nuit ou au moindre mouvement, quand la percussion du muscle au niveau de son point moteur, au lieu de provoquer simplement une contraction un peu plus brusque que dans un muscle normal (fait constant dans l'amyotrophie articulaire), détermine une contraction beaucoup plus violente, parfois même suivie de plusieurs secousses successives, quand la percussion du tendon détermine un réflexe très violent, quand il existe de la trépidation épileptoïde, etc.

Dans tous ces cas, il faut laisser de côté le massage et la faradisation, qui triomphent au contraire dans les formes bénignes de l'amyotrophie, et recourir à l'électricité statique sous forme sédative. MM. Mally et Richon prescrivent ordinairement le bain statique quotidien, d'une durée d'un quart d'heure, avec, pendant quelques minutes, révulsion sur la région spinale, dorso-lombaire pour le membre inférieur, cervico-dorsale pour le membre supérieur. Sous l'influence de ce traitement, on voit presque toujours les phénomènes spasmodiques rétrocéder, rapidement ou d'une manière graduelle et continue. Dès qu'ils ont disparu, on peut solliciter des contractions dans les muscles à l'aide de l'étincelle statique et provoquer dans l'articulation de petits mouvements passifs.

L'électricité statique, sous forme sédative, aurait même son utilité dans les amyotrophies incurables, en faisant disparaître les phénomènes douloureux et spasmodiques de beaucoup les plus gênants pour le malade.

M. J. Lucas-Championnière. — Je tiens à relever les assertions contenues dans cet intéressant mémoire sur les contre-indications du massage.

Pour les établir, il faut bien considérer les variétés du massage.

Oui, pour tous ceux pour lesquels le massage est représenté par une action brutale ou seulement trop prolongée et trop renou-

velée, on trouve une contre-indication dans l'irritabilité excessive du sujet qui peut, du reste, se manifester par des phénomènes divers.

Mais en règle générale, et même chez les sujets les plus sensibles, le massage exécuté avec la douceur désirable est le plus précieux des moyens à opposer à l'amyotrophie. Le mouvement méthodique est la meilleure des thérapeutiques.

Or, l'indication la plus nette s'en trouve précisément dans cette irritabilité qui se traduit par des contractures rapides, violentes, douloureuses. Je ne connais pas de meilleure indication, et dans les cas très nombreux dans lesquels je l'ai fait appliquer, je n'ai jamais trouvé que des succès.

Quant à la nocivité de la faradisation que l'on applique pourtant d'une façon si violente et si banale, voilà bien longtemps que je l'ai signalée sans relâche, et je regrette de le dire, sans réussir à en faire disparaître la détestable coutume.

Communications.

Sur trois observations de branchiomes,

par M. PAUL RECLUS.

La question des branchiomes n'a pas été, que je sache, portée encore devant la Société de chirurgie. Aussi je ne crois pas inutile de vous résumer trois observations récentes recueillies dans mon service de Laënnec et que j'ai pu étudier avec mon interne M. Chevassu. C'est en son nom et au mien que je vous fais cette brève communication.

Le premier de ces cas a trait à un homme de vingt-neuf ans, entré dans notre service le 30 mai 1902 pour une tumeur située au-dessus et en arrière de l'angle maxillaire gauche; elle est limitée en avant par la branche montante de la mâchoire, en arrière par le sterno-mastoïdien; elle plonge vers le pharynx où le toucher buccal la révèle; en bas elle se dégage du muscle au-dessus de l'os hyoïde qu'elle déborde; la surface en est à peu près lisse, la consistance dure, presque ligneuse sous les téguments normaux; elle est comme enclavée dans la profondeur et l'on peut à peine lui imprimer quelques mouvements de latéralité. Trois petites masses plus mobiles, et qui paraissent être des ganglions dégénérés, existent autour du néoplasme.

L'évolution en avait été lente. Il y a dix-huit mois qu'elle était

apparue, puis avait grossi peu à peu; dans les dernières semaines son volume s'était accru plus rapidement et la peau qui la recouvrait était devenue rouge et douloureuse; mais cet orage s'était dissipé et lorsque nous nous décidâmes à opérer le malade, notre diagnostic de branchiome malin avec dégénérescence des ganglions voisins, enflammés sans doute par quelque inoculation d'origine buccale, nous paraissait le plus vraisemblable, et nous avions cru pouvoir l'établir sur le sexe du malade, son âge, le siège de la tumeur, sa dureté, son enclavement dans les tissus, son mode d'évolution.

Nous ne décrirons pas l'opération; malgré une très large incision cutanée, elle fut extrêmement laborieuse; la tumeur adhérait partout, aux muscles, aux os, aux vaisseaux, aux nerfs; et lorsque l'extirpation fut terminée, nous avions sectionné la carotide primitive en bas, la carotide interne et la carotide externe en haut, la veine jugulaire interne dont un long segment était inclus dans le tissu néoplasique, le nerf grand sympathique, le pneumogastrique et le grand hypopglosse.

De tels délabrements ne nous laissaient pas sans inquiétude; aussi notre soulagement fut très grand le lendemain de constater le parfait état de notre opéré; il était sans fièvre, sans douleur, l'intelligence intacte. Malheureusement ce bien-être fut de courte durée et le surlendemain de l'opération, l'opéré fut frappé tout à coup d'apoplexie; il tomba dans un coma qui dura trente-six heures et qui laissa après lui de l'aphasie et de l'hémiplégie.

Ces accidents s'amendèrent; la paralysie du bras et de la jambe disparut, l'aphasie s'atténua et, le 10 juillet, notre opéré quittait l'hôpital, gardant, comme vestiges de notre intervention, un rétrécissement considérable de la pupille gauche, un peu de paralysie faciale, une atrophie de la moitié gauche de la langue, de la raucité de la voix, de la paraphasie, et plus tard des crises d'épilepsie jacksonienne.

Ce n'est pas tout : vers le commencement de l'année, de petits noyaux indurés apparaissaient vers la partie inférieure de la cicatrice; au commencement du mois de juillet, ils ne nous laissaient aucun doute sur l'existence d'une récidive que nous avons opérée il y a huit jours. L'intervention, cette fois encore, a été infiniment laborieuse; nous avons dû disséquer le tronc de la carotide primitive que nous avons liée ainsi que la jugulaire interne; les nerfs ont sans doute été recoupés de nouveau, mais ils nous ont échappé au milieu des tissus cicatriciels qui entouraient la tumeur. Enfin, nous avons dû enlever le lobe gauche de la glande thyroïde envahi par le néoplasme.

L'examen de la tumeur a été pratiqué par M. Chevassu et les

préparations en ont été contrôlées par le professeur Cornil; il s'agissait d'un carcinome évident sur les caractères particuliers et un peu spéciaux desquels M. Chevassu insistera dans un autre travail.

Dans notre deuxième observation, il s'agit d'un homme d'une soixantaine d'années, entré dans notre service, le 9 janvier 1903, pour une tumeur située dans la région sus-hyoïdienne droite, allant de la région parotidienne à la région sous-maxillaire, dure, assez régulière; la peau qui la recouvre est normale. L'évolution en a été très rapide; elle avait apparu quatre mois auparavant par une petite masse assez mobile qui, peu à peu, s'était accrue sans occasionner d'ailleurs ni fièvre ni souffrance.

L'opération fut assez délicate; la tumeur adhérait en arrière au sterno-mastoïdien dont il fallut la séparer, à la veine jugulaire interne qu'on put écarter sans l'ouvrir, à la glande parotide envahie dans une certaine étendue; aussi nous fallut-il sectionner en plein tissu glandulaire. En avant, le néoplasme se confondait avec la sous-maxillaire dont une partie fut excisée, et l'artère faciale fut coupée. En haut, le masséter adhérait et ses fibres furent sectionnées; en bas seulement, il fut assez facile de séparer la tumeur des tissus environnants.

Les suites opératoires furent simples. On constata cependant un écoulement salivaire qui ne fut tari qu'au bout de quinze jours. La tumeur examinée au microscope était bien un épithélioma ayant envahi secondairement la sous-maxillaire et surtout la parotide. Nous avons revu l'opéré le 13 juillet; il existe une masse douteuse, peut-être une récidive en arrière, vers ce qui restait de la parotide.

Notre troisième observation est celle d'un homme de quarante-sept ans, entré dans notre service pour une tumeur de la région sous-maxillaire gauche; tumeur dure, régulièrement ovoïde, très mobile sous la peau et sur les parties sous-jacentes, et que nous avions prise, malgré l'état général du sujet et son âge relativement avancé, pour une de ces adénites chroniques d'origine probablement tuberculeuse et sur la nature desquelles Verneuil et Ricard ont insisté autrefois.

L'opération ne présenta que peu de difficultés; la tumeur se sépare facilement des tissus voisins, sauf en avant où elle adhérait à la glande sous-maxillaire, et même nous dûmes, pour éviter de laisser du tissu mobile, enlever d'un coup de ciseau une partie notable de la glande.

L'examen de la tumeur montra qu'il ne s'agissait point d'une

adénite chronique, qu'il n'y avait là nulle trace de tissu tuberculeux, mais qu'on avait affaire à un néoplasme tout à fait indépendant des ganglions et de la glande sous-maxillaire adjacente. C'était une tumeur constituée par du tissu fibreux, du tissu muqueux, des éléments épithélioïdes, du tissu sarcomateux, en un mot une de ces tumeurs mixtes comme il en existe si souvent dans les glandes salivaires. Mais, nous le répétons, la tumeur s'était développée à côté, mais non aux dépens de la sous-maxillaire.

L'ancienne clinique connaissait bien ces tumeurs cervicales; elle les nommait même « cancer primitif des ganglions » sans se préoccuper autrement de ce fait que les ganglions ne contiennent pas de cellules épithéliales et que cependant les cellules épithéliales seules engendrent d'autres cellules épithéliales. Mais Verneuil, qui, lui, n'ignorait pas cette loi générale d'histogenèse, s'efforçait de démontrer que ces cancers, dits primitifs, étaient toujours secondaires et avaient pour origine quelques petits cancroïdes cachés dans un repli de la bouche, de l'isthme du gosier, du larynx ou de l'œsophage. Cependant, lui plus que tout autre aurait dû découvrir l'origine vraie, le développement de ces tumeurs aux dépens des débris embryonnaires laissés dans les tissus adultes par la résorption incomplète des arcs branchiaux. N'était-ce pas en effet Verneuil qui avait imaginé la théorie féconde de l'enclavement pour expliquer le développement des kystes dermoïdes et supposé le premier que les kystes radiculaires et les épithéliomes des mâchoires dérivaient d'épithéliums embryonnaires, vestiges de l'évolution des dents temporaires ou permanentes.

C'est Volkmann qui, en 1882, montra que nos tumeurs étaient non point un cancer primitif du ganglion, mais un néoplasme développé aux dépens des masses épithéliales oubliées dans les tissus par la résorption incomplète des arcs branchiaux, et, comme certains kystes, comme certaines fistules congénitales, leur apparition venait trahir la survivance de vestiges embryonnaires. Gusenbauer en 1892, Perez en 1899 appuyèrent sur de nouveaux faits la réalité de cette pathogénie qu'avait adoptée, en 1897, notre collègue, le professeur Berger, dans une savante communication au Congrès français de chirurgie.

Malgré ce travail important, la question resta ignorée en France jusqu'au moment où parurent la *Thèse* de Veau, ses articles dans la *Revue de chirurgie*, ses recherches complémentaires faites en collaboration avec Cunéo; il nous faut citer aussi une excellente mise au point publiée par Chevassu dans la *Gazette hebdomadaire*. Grâce à ces auteurs, la question s'éclaire dans ces grandes lignes,

et voici ce qui est établi : Les quatre arcs branchiaux peuvent, en se résorbant, laisser dans les tissus du cou quelques îlots embryonnaires, germe longtemps stérile, mais qui, plus tard, pourrait proliférer et donner naissance à une tumeur, le branchiome.

Volkmann n'alla pas plus loin, mais Veau, Cunéo, Chevassu, et je crois aussi plusieurs d'entre vous, ont fait faire un pas nouveau à la question : l'arc branchial est constitué par un revêtement épithélial et par un squelette conjonctif. Or, chacune de ces parties peut donner naissance à une tumeur différente : le revêtement épithélial à une tumeur épithéliale, le squelette conjonctif à une tumeur mixte, et, de fait, dans nos trois observations, nous avons des types de chacune de ces tumeurs. Nos deux premiers cas ont trait à des tumeurs épithéliales, et le troisième à une tumeur mixte. On pourrait même pousser plus loin l'analyse, et montrer que les vestiges de l'épithélium branchial interne tantôt cylindrique et tantôt pavimenteux donnent naissance à des épithéliomes cylindriques et pavimenteux, que les vestiges de l'épithélium branchial externe dont les cellules superficielles deviennent cornées contiennent souvent des globes épidermiques.

Quoi qu'il en soit, ces tumeurs sont d'un diagnostic assez facile; ces épithéliomes et ces tumeurs mixtes n'apparaissent guère que chez les hommes, à partir de l'âge adulte et dans des points bien déterminés, là où se fusionnent les arcs branchiaux. Pour le premier arc, sur un espace qui va de la dépression rétro-parotidienne d'un côté à la dépression rétro-parotidienne de l'autre, en passant entre le maxillaire inférieur et l'os hyoïde; pour le deuxième, le troisième et le quatrième arcs, sur la ligne qui s'étend de la même dépression rétro-parotidienne au sternum en suivant le trajet du paquet vasculo-nerveux. La tumeur située en un de ces points est profonde; elle finit par émerger à travers les muscles refoulés; elle est dure, un peu bosselée, mobile au début, mais bientôt comme enclavée dans les tissus. Elle s'accroît rapidement, souvent par à-coups, finit par envahir la peau et infiltre les ganglions voisins. Cela se rapporte surtout à l'épithélioma; la tumeur mixte est plus mobile, et son développement beaucoup plus lent.

L'extirpation précoce de la tumeur nous paraît indiquée : pour les tumeurs mixtes l'opération est facile; dans notre troisième observation, l'extirpation put être faite à la cocaïne et sans accroc, malgré l'adhérence à la sous-maxillaire et la section de l'artère faciale; dans un autre cas antérieur et opéré à une époque où nous ignorions la nature de ces néoplasmes, nous en avons extirpé un qui s'enfonçait jusqu'à l'apophyse styloïde à laquelle il adhérait et l'ablation se fit sans délabrements appréciables, sans sections de nerfs et sans blessures de gros vaisseaux. Non seule-

ment l'opération est simple, mais elle est efficace et la récidive paraît s'observer rarement. Aussi l'accord est fait et tous acceptent l'extirpation.

En est-il de même lorsqu'il s'agit d'un épithélioma proprement dit, qu'il soit cylindrique ou pavimenteux, pavimenteux simple ou à globes épidermiques? Nous le croyons encore, mais il est certain que l'entreprise est souvent hasardeuse. Elle peut rester simple, lorsque la tumeur s'est développée, comme dans notre deuxième observation, loin des zones dangereuses, et là, sous le maxillaire, les délabrements furent minimes. Mais c'est surtout dans la région carotidienne que se développe le néoplasme, et alors il faut s'attendre aux plus graves complications : nous avons blessé, ouvert, coupé dans notre premier cas autant de gros vaisseaux et de gros nerfs qu'il y en avait dans cette région dangereuse. Et cet accident est noté dans un très grand nombre d'observations; il y a quelques jours à peine, il arrivait, m'a-t-on dit, à l'un de nos jeunes collègues des hôpitaux.

C'est à propos de notre malade de la première observation que le Dr Debove publiait une intéressante clinique « sur les limites de la chirurgie ». Il est certain que le bilan de notre opération n'est pas bien brillant; l'extirpation de notre tumeur nous coûte la section de trois carotides, de la veine jugulaire interne, du pneumogastrique, du grand symphatique, du grand hypoglosse, lésions dont les conséquences furent une légère paralysie faciale, l'atrophie de la moitié de la langue, le rétrécissement de la pupille, la raucité de la voix, puis un ictus apoplectique avec aphasie et hémiplégie temporaire, enfin de l'épilepsie jacksonienne Mais au demeurant, notre patient vit encore, et il tient assez à la vie pour être venu nous demander l'autre jour une nouvelle opération dont, à cette heure, il paraît encore enchanté.

La cure chirurgicale de la paralysie faciale,

par M. J.-L. FAURE

Voilà plus de cinq ans que j'ai proposé, avec mon ami le Dr Furet, de traiter la paralysie faciale par l'anastomose du nerf facial avec le nerf spinal. Dès cette époque, en mars 1898 (1), j'apportais une observation qui, si elle n'avait rien de démonstratif au point de vue thérapeutique, montrait au moins de la façon la plus claire qu'au point de vue technique il n'y avait aucune objection à formuler contre cette opération nouvelle.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 8 mars 1898, p. 259.

Le fait de pouvoir tenter la guérison d'une affection qui jusqu'alors passait pour incurable me parut assez intéressant pour motiver une nouvelle communication au Congrès de chirurgie de la même année. Cette communication comme la précédente sembla cependant, au moins en France, n'intéresser personne; et bien que ces malades atteints de paralysie faciale ne soient pas rares, ce qui s'explique assez par la fréquence des mastoïdites et des opérations dirigées contre elles, il me fallut attendre pendant quatre ans l'occasion de pratiquer une seconde opération.

Heureusement cette communication ne fut pas accueillie partout avec la même indifférence, et de très intéressantes expériences furent faites à l'étranger. Je n'insiste pas sur elles, elles sont analysées très complètement dans la *Thèse* de Bréavoine, parue en 1901 (1). Je me borne à rappeler que Manasse en Allemagne et Basseso Cicrella en Italie démontrèrent par des expériences sur les chiens, expériences conduites avec beaucoup de soin et de patience, que l'opération proposée était parfaitement capable de guérir la paralysie.

En même temps, le 4 mai 1899, le D[r] Kennedy (de Glasgow) fit une opération qui avait la valeur d'une véritable expérience de laboratoire. Sur une malade atteinte depuis dix ans de tic convulsif de la face il sectionna le facial et l'anastomosa avec le spinal. Une paralysie faciale immédiate succéda à cette opération. Puis la régénération nerveuse se fit peu peu, et, quinze mois après l'opération, la malade était à la fois guérie de son spasme et de sa paralysie.

En octobre 1901, au Congrès de chirurgie, encouragé par la belle observation de Kennedy, je fis une nouvelle communication, qui n'a pas eu, que je sache, auprès de mes collègues, beaucoup plus de succès que les autres. Cependant, à cette même séance, mon collègue et ami Morestin nous annonça qu'il venait de faire deux jours auparavant une anastomose chez une femme atteinte de paralysie complète depuis deux mois à la suite d'une fracture du crâne. Convaincu que la paralysie était irrémédiable, il n'hésita pas, lui non plus, à sectionner le facial et à l'anastomoser avec le spinal. Au moment où il nous annonçait cette intervention il ne pouvait que constater la paralysie complète et formuler de vagues espérances sur sa guérison ultérieure. Le succès a couronné sa tentative, et au Congrès de l'année suivante, l'année dernière, nous avons pu voir sa malade complètement guérie de sa paralysie.

(1) Bréavoine. Traitement chirurgical de la paralysie faciale d'origine traumatique par l'anastomose spino-faciale. *Thèse*, Paris, 1901.

J'ai fait moi-même, dans des conditions d'ailleurs assez mauvaises, en janvier 1902, une seconde opération, sur une malade paralysée depuis un an, et les choses en étaient là, lorsque de nouvelles observations ont été publiées, toujours à l'étranger, qui m'engagent à attirer encore l'attention sur cette opération et cette fois dans une enceinte où j'aurai, je l'espère, plus de chances d'être entendu.

En mai dernier le Dr Cushing, de Baltimore, publiait dans les *Annals of Surgery* (1) une observation dont vous trouverez ici le résumé. Il s'agit encore d'un succès, et d'un très beau succès, ainsi qu'en font foi d'admirables photographies.

Enfin, tout dernièrement, au 32e Congrès des chirurgiens allemands (2), Hackenbruch a communiqué un nouveau succès d'anastomose spino-faciale et Korte a présenté une femme sur laquelle il a implanté, avec un résultat très favorable, l'hypoglosse sur le facial paralysé.

Mais ce n'est pas tout et presque en même temps le 2 mai 1903 paraissait dans le *British medical Journal* (3) un article de MM. Ch. A. Ballance, H.-A. Ballance et Purves Stewart, qui n'apportent pas moins de sept observations nouvelles.

Mais une grande surprise m'attendait à la lecture de leur travail. La première opération pratiquée par le Dr Ch. A. Ballance remonte à 1895. Elle est donc par conséquent de trois ans antérieure à la mienne. La seconde opération de Ballance ne fut faite il est vrai qu'en 1901, mais il est incontestable que ce chirurgien a exécuté l'anastomose spino-faciale trois ans avant que je ne l'eusse conçue, décrite et exécutée en collaboration avec le Dr Furet.

Malheureusement cette opération était ignorée de tous, de moi comme de tous ceux, y compris Kennedy, compatriote de Ballance, qui se sont occupés de cette question, et il faut bien avouer qu'il était impossible qu'il en fût autrement. Quelque intéressante qu'elle fût, l'auteur, peu confiant sans doute dans son avenir, n'avait pas cru devoir la publier, et dans ces conditions il était impossible de la connaître. Il reste cependant une trace indubitable de cette opération, qui m'a été indiquée avec beaucoup d'obligeance par le Dr Ch. A. Ballance lui-même, et, au cours d'une statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Saint-

(1) Harvey Cushing. The surgical treament of facial paralysis by nerve anastomosis. *Annals of Surgery*, mai 1903, n° 5, p. 641.

(2) 32e Congrès des chirurgiens allemands, *Sem. méd.*, juin 1903, p. 126.

(3) Remarks on the operative treatment of chonic facial palsy of peripheral origine. *Brit. med. Journ.*, 2 mai 1903, n° 2209, p. 1009.

Thomas en 1895, l'une d'elles est mentionnée sous la rubrique anastomose spino-faciale (1).

Il me paraît donc bien établi que si la première opération a été faite en 1895 par Ch. A. Ballance, elle est restée ignorée de tous.

En tout cas c'est la publication que j'ai faite en 1898 qui a fait connaître cette méthode nouvelle, indiqué tous les résultats qu'on était en droit d'en espérer qui a suscité les nombreuses expériences et les diverses opérations faites à l'étranger — et qui peut-être même a engagé le Dr Ch. A Ballance à reprendre en 1901 la belle série d'opérations qu'il vient de publier et qui constituent l'apport le plus important qui ait été fait à cette question qu'il a eu le mérite d'entrevoir avant tout le monde.

Je n'ai pas l'intention d'entrer ici dans des détails de technique opératoire. Les divers procédés que l'on peut employer sont décrits tout au long dans la *Thèse* de Bréavoine et je n'y veux pas revenir. Ils semblent d'ailleurs donner des résultats à peu près identiques.

J'avais conseillé d'anastomoser bout à bout le facial sectionné avec la branche trapézienne du spinal, pour ménager les rameaux du sterno-mastoïdien.

C'est le procédé que j'ai employé dans mes deux cas. C'est aussi celui que Morestin a mis en œuvre, et Cushing n'a pas jugé utile de conserver les rameaux du sterno-mastoïdien. Il a anastomosé bout à bout le tronc du facial avec le tronc du spinal tout entier.

J'avais aussi conseillé, en cas de régénération possible du facial, dans certains cas douteux, d'anastomoser la branche trapézienne du spinal avec le tronc du facial avivé latéralement, ce nerf restant en place, de façon à profiter des chances de régénération spontanée qu'il pouvait avoir. Personne n'a encore, que je sache, employé ce procédé.

J'avais encore pensé à suturer le tronc du facial sectionné au spinal laissé intact et avivé latéralement. Mais cette façon de faire m'avait semblé, lors de mes essais sur le cadavre, exposer aux tiraillements des sutures et je n'avais pas cru devoir la conseiller. Cependant en sectionnant la tente postérieure du digastrique on y peut parvenir assez facilement. C'est le procédé employé par Manasse dans ses expériences, et qu'il a recommandé. C'est celui qu'ont employé Kennedy et Ballance. Il leur a donné de beaux succès, je n'ai donc aucune raison pour ne pas le recommander. Il a l'avantage d'éviter la paralysie du sterno-mastoïdien et du trapèze. Mais il faudrait l'abandonner et ne pas hésiter à sectionner le spinal, ou au moins sa branche trapézienne, si l'on

(1) *Saint-Thomas's Hospital Reports*, 1895, p. 310.

pensait qu'il dût y avoir le moindre tiraillement au niveau des sutures.

Dans un cas de Ballance et dans le cas de Korte l'anastomose a été faite avec l'hypoglosse. Cette modification ne change rien au principe de l'opération. Mais je la crois plus difficile à réaliser. Nous avons pensé avec Furet dès le début de nos recherches à utiliser ce nerf (1). Mais je me suis convaincu qu'à cause de sa profondeur il vaut mieux ne pas s'adresser à lui. En outre si on est obligé, pour la facilité de l'anastomose, de couper le nerf, il vaut beaucoup mieux, à mon avis, couper le spinal, et en particulier sa branche trapézienne, qui ne paralyse que le trapèze, que de couper l'hypoglosse et de paralyser ainsi la moitié des muscles de la langue. Dans le cas de Ballance (Obs. VII), c'est ce qui est arrivé, mais il s'agissait ici d'un malade atteint d'une tumeur du maxillaire, et placé par conséquent dans des conditions exceptionnelles.

Il est vrai qu'on peut se contenter de l'implantation du facial sur l'hypoglosse avivé latéralement. On éviterait ainsi la paralysie de la langue. Mais je ne voudrais pas conseiller de faire ce qu'a fait Korte, qui a, sauf erreur, implanté l'hypoglosse sur le facial paralysé.

Quoi qu'il en soit, ce sont là des détails et l'avenir se chargera de démontrer quelle est la meilleure technique, et je voudrais seulement examiner ici rapidement quels sont jusqu'à ce jour les résultats obtenus.

D'une façon générale l'anastomose spino-faciale a donné des résultats inespérés, et que l'on trouvera consignés en détail dans les observations ci-jointes.

Sur les quatorze observations connues, deux — les deux dernières de Ballance — sont trop récentes pour pouvoir entrer en ligne de compte, la régénération nerveuse demandant toujours plusieurs mois pour se faire.

Sur les douze observations qui restent, il n'y a aucun insuccès complet. Dans tous les cas, sans exception, l'anastomose spino-faciale a donné des résultats tels qu'il est impossible de ne pas reconnaître qu'il y ait eu régénération des fibres du facial aux dépens des fibres du spinal. Mais cette régénération a été plus ou moins complète, et les résultats obtenus sont plus ou moins brillants.

Il est évident que l'ancienneté de la paralysie et l'état de dégénérescence du facial ont beaucoup d'importance. Les plus beaux résultats ont été obtenus chez les malades opérés le plus

(1) Voir *Thèse* Bréavoine, p. 9.

rapidement : immédiatement, comme chez Kennedy, après deux mois (Morestin), après six semaines (Cushing). Mais il semble qu'on ait encore des chances d'avoir un bon résultat après fort longtemps, et la malade de Hartenbruch, chez laquelle le résultat est assez bon, était paralysée depuis huit ans!

Malgré le retard apporté à certaines interventions il y a eu d'abord chez presque tous les malades récupération des réactions électriques normales, et l'influence des excitations galvaniques et faradiques plus ou moins altérées et parfois abolies avant l'opération s'est toujours rétablie, et même, comme dans l'observation X de Ballance, par exemple, comme dans ma première observation personnelle, la réaction de dégénérescence, observée avant l'opération, peut complètement disparaître. Ces phénomènes ne peuvent trouver leur explication que dans une régénération nerveuse plus ou moins parfaite.

Mais le rétablissement de la puissance musculaire n'a pas toujours exactement suivi la récupération des propriétés électriques.

Tous les malades sans exception ont vu revenir la puissance de contraction musculaire, mais à des degrés très divers et dans des conditions assez différentes. Chez un petit nombre d'entre eux, chez mon premier malade et chez le premier malade de Ballance (Obs. I et V), en particulier, la face a peu changé d'aspect et l'apparence de la paralysie a persisté, au moins en grande partie, bien que, au moins chez le mien que j'ai pu observer, un ectropion de la paupière inférieure ait disparu, que le pli naso-génien se soit dessiné et que tout le côté paralysé soit moins flasque que par le passé. D'autres, mon second malade, par exemple, le second et le cinquième de Ballance (Obs. II, VII et X) ont été très améliorés, et leur physionomie, bien que portant encore la marque évidente d'une paralysie faciale, est beaucoup moins disgracieuse que par le passé.

Il en est ainsi d'autres observations de Kennedy, Martin, Cushing, Ballance (Obs. III, IV, V, VIII, IX), chez lesquels, au repos la face a repris son aspect absolument normal, ainsi qu'en témoignent des observations et parfois des photographies.

La tonicité musculaire s'est donc plus ou moins rétablie, parfois même complètement, ce qui prouve que l'influence du système nerveux central se fait sentir jusqu'aux extrémités du facial.

Mais elle se fait sentir par l'intermédiaire du spinal. Aussi la motilité volontaire des muscles du côté malade est-elle abolie, en ce sens que les malades n'ont pas, au moins au début, le pouvoir de contracter isolément leurs muscles de la face, mais tous associent cette contraction au mouvement d'élévation de l'épaule. Lorsqu'ils élèvent l'épaule ou le bras la moitié correspondante de

la face se contracte en même temps et ils ne peuvent l'empêcher de se contracter. Mais il semble qu'il se produise bientôt des phénomènes d'adaptation (Obs. III, VIII), et, par exemple, la contraction de la face disparait bien que le bras demeure élevé.

Il peut même y avoir rétablissement complet des mouvements volontaires, et il semble bien qu'il en ait été ainsi chez les malades de Kennedy (Obs. III) et de Martin (Obs. IV).



Fig. 1.

Malade de Cushing, avant l'opération.

Ces phénomènes d'association musculaire s'expliquent très simplement, et il est évident que l'impulsion nerveuse arrivant aux muscles de la face par la voie du spinal, ces muscles ne peuvent se contracter que lorsque le cerveau envoie l'ordre de mouvement dont le spinal est la voie centrifuge, c'est-à-dire l'élévation de l'épaule. C'est là le phénomène le plus constant de tous ceux qui font suite à l'anastomose spino-faciale. On le note chez tous les malades, sauf chez la malade de Martin, ce qui m'autorise à penser que c'est par erreur et parce que ce phénomène n'a pas

été recherché, et j'ai pu moi-même le constater très nettement chez mes deux opérés.

Cette contraction des muscles de la face, forcément associée à la contraction du trapèze et du sterno-mastoïdien, cette impossibilité de mouvoir volontairement et isolément ces muscles explique comment, dans l'expression des émotions, la difformité faciale persiste. C'est ainsi que dans le rire, par exemple, les muscles du côté sain se contractent seuls, au prix d'une asymétrie choquante, à moins que le malade, soit volontairement, soit instinctivement, n'exécute en même temps des mouvements d'élévation de l'épaule.

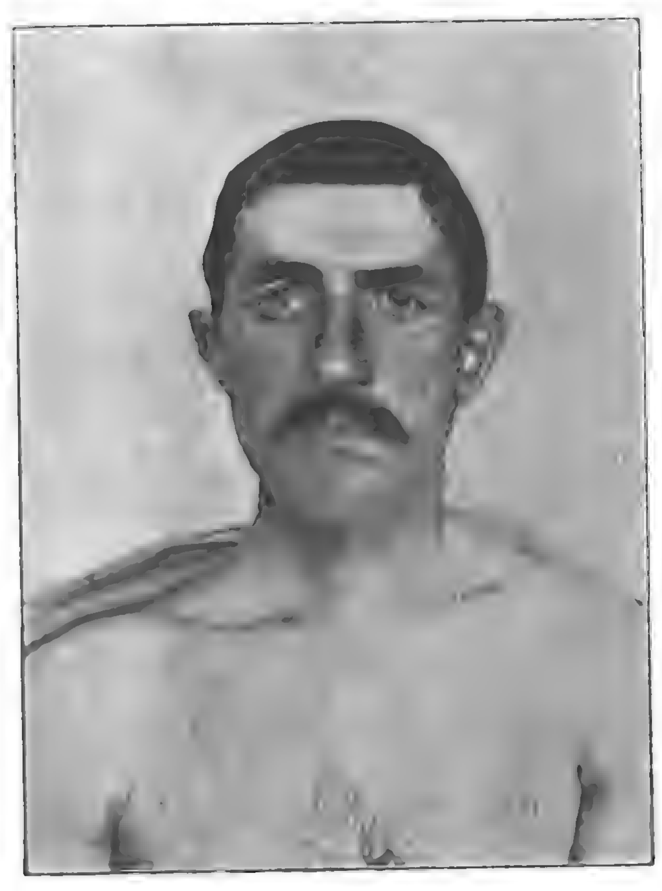


Fig. 2.

Malade de Cushing, après l'opération. Aspect de la face au repos.

Il se fait d'ailleurs avec le temps une véritable éducation muscu-

laire, une adaptation plus ou moins rapide et plus ou moins complète, dont la malade de l'observation III est un bel exemple.

Cette adaptation motrice implique une sorte de suppléance des centres cérébraux.

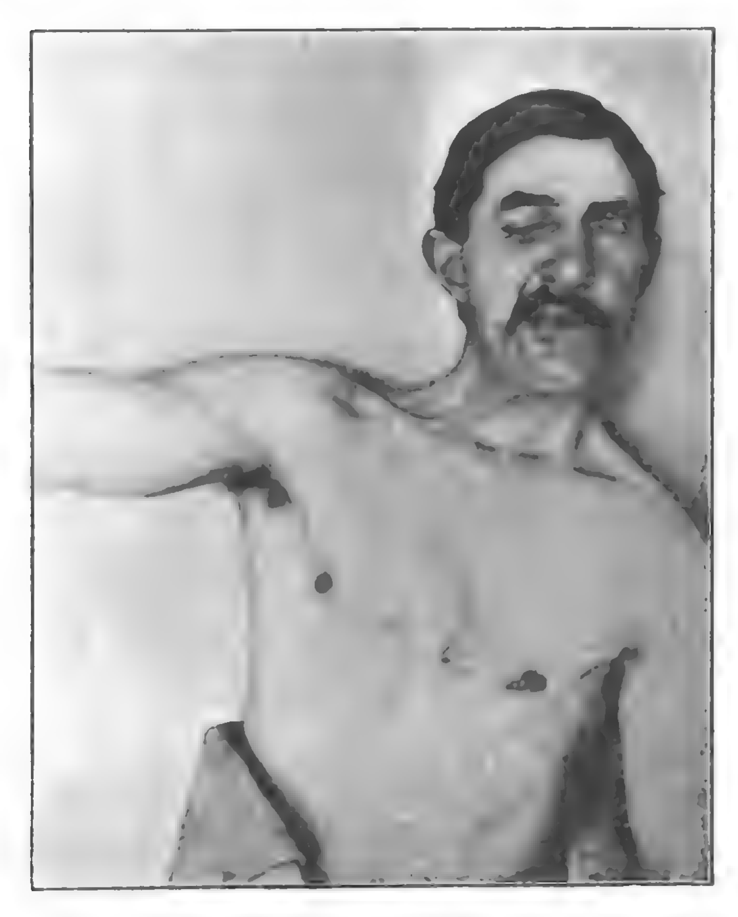


Fig. 3.

Cushing. Contraction involontaire de la face, produite par l'élévation subite du bras.

Aussi Ballance incline-t-il à penser que l'anastomose avec l'hypoglosse serait préférable parce que le centre de l'hypoglosse étant très voisin du centre des mouvements de la face, alors que le centre des mouvements de l'épaule en est assez éloigné, cette proximité anatomique pourrait rendre la suppléance plus facile. Cela est possible, mais je ne pense pas que cet avantage hypothé-

tique soit suffisant pour contrebalancer les avantages anatomiques qui me paraissent devoir faire préférer le spinal.

Je m'arrête, et je veux me borner à ces considérations générales destinées seulement à attirer l'attention sur cette question si intéressante et sur une opération d'une bénignité complète, d'une efficacité aujourd'hui certaine, et dont l'exécution devrait être plus fréquente, étant donné le nombre élevé des malades qui en sont justiciables.

En 1898, je terminais ainsi mon premier article : « On peut se demander si, en cas de réussite et de régénération du nerf aux dépens du spinal, le malade sera susceptible d'adapter son centre moteur du trapèze à sa nouvelle fonction, et de s'en servir pour commander aux mouvements de la face. Il est possible qu'il n'y puisse parvenir et qu'il soit exposé à contracter ses muscles faciaux aux lieu et place de son trapèze. Ce sont là des détails auxquels l'avenir se chargera de répondre. Mais ce serait déjà beaucoup que de corriger, à l'état de repos, l'asymétrie faciale et de rendre aux muscles paralysés leur tonicité perdue. »

L'avenir a répondu. Les choses se sont passées exactement comme je les avais prévues, et je n'ai été, je dois le dire, étonné que d'une chose, c'est de voir le succès couronner aussi régulièrement une opération que je croyais, je l'avoue, devoir réussir d'une façon moins constante.

OBSERVATIONS

Obs. I (J.-L. Faure. Résumée. Voir *Th.* Bréavoine, p. 48). — P..., quarante-neuf ans, opéré le 23 janvier 1898. Paralysie faciale datant de dix-huit mois - coup de feu dans l'oreille. — Réaction de dégénérescence. Anastomose de la branche supérieure du spinal au tronc du facial. Dans les premiers mois les changements constatés ont été à peu près nuls, puis le malade a été perdu de vue. En mai 1901, il est retrouvé et examiné.

Du côté de la face l'aspect est à peu près le même et l'asymétrie est complète. Cependant un ectropion paralytique de la paupière inférieure a complètement disparu, la parole est plus facile, les lèvres sont au contact l'une de l'autre. L'excitabilité faradique et galvanique est conservée.

Ce malade est revu en juillet 1902. La face est toujours asymétrique, mais il y a une certaine tonicité musculaire, surtout aux environs de l'angle de la bouche. Le pli naso-génien est assez accentué. La parole, la mastication sont plus faciles. Les mouvements volontaires sont nuls. Mais l'élévation du moignon de l'épaule, lorsqu'on lui oppose une certaine résistance, détermine rapidement une contraction légère des muscles

du facial inférieur, qui attire sensiblement en dehors la commissure labiale et accentue fortement le pli naso-génien.

Le trapèze est atrophié, sans qu'il en résulte de gêne sérieuse pour le malade.

Un examen électrique récent fait par le Dr Huet a démontré que les réactions électriques sont normales, quoique affaiblies, et que la réaction de dégénérescence a disparu. Il n'y a pas eu de changement appréciable depuis 1901.

Obs. II (S.-N. Fames). — C..., vingt-quatre ans, opéré le 28 janvier 1902. Paralysie datant d'un an, consécutive à une trépanation mastoïdienne. Anastomose spino-faciale. Actuellement, dix-huit mois après l'opération, au point de vue électrique (Examen fait par M. Regnier, à la Charité) : Diminution encore considérable de la réaction faradique du facial, diminution de l'excitabilité galvanique du nerf et augmentation de l'excitabilité galvanique des muscles avec réaction de dégénérescence, mais moins accentuée que l'année dernière. En somme, amélioration notable.

La face est toujours asymétrique, mais beaucoup moins qu'avant l'opération. Au repos la partie inférieure est presque normale. Mais les rides du front ont disparu à droite, et la paupière inférieure laisse le globe oculaire découvert.

Mouvements volontaires nuls. Mais l'élévation du moignon de l'épaule détermine des mouvements très actifs dans toutes les parties de la face, l'œil se ferme presque complètement, la commissure buccale est attirée en haut et en dehors. Mais il ne peut y avoir de dissociation entre les mouvements de la face et ceux de l'épaule. En somme, il y a une amélioration sensible au point de vue de l'aspect de la figure, et très considérable au point de vue de la motilité, qui toutefois semble encore s'exercer exclusivement sous l'impulsion du spinal.

Obs. III (Kennedy). — Malade de quarante-six ans atteinte depuis dix ans de spasme facial. Le 4 mai 1895, opération. Section du facial suivie de paralysie faciale immédiate. Suture du facial au spinal avivé latéralement.

Le dix-huitième jour quelques mouvements apparurent dans la paupière supérieure. Il y eut dès ce moment, aussi bien dans la réaction électrique que dans les facultés motrices, une amélioration progressive.

Au bout de quinze mois, l'état était le suivant : le spasme facial ne s'était jamais reproduit, le clignement des paupières était parfait. Les paupières pouvaient se fermer complètement mais pas aussi fortement que du côté sain. Le sourcil droit ne se fronçait que faiblement, et le mouvement de la joue et de la bouche s'accomplissaient, mais mal coordonnés. Ainsi, en soufflant, l'ouverture de la bouche n'était pas circulaire. Les labiales étaient parfaitement prononcées, et, au moment des repas, le buccinateur suffisait à presser l'accumulation des aliments entre la joue et les gencives.

Il n'y avait pas d'atrophie de la face, et, au repos, la paralysie faciale n'existait pas; les muscles avaient récupéré leur tonicité.

Rien à noter au point de vue des réactions électriques, si ce n'est que l'excitation au niveau de l'anastomose spino-faciale produisait non seulement des contractions des muscles de la face, mais aussi du sterno-mastoïdien et du trapèze. A cet examen on remarqua pour la première fois que lorsqu'on produisait brusquement des mouvements avec la portion supérieure du trapèze, il y avait en même temps de violentes contractions involontaires dans les muscles de la face. Ces contractions apparaissaient seulement au moment de l'élévation brusque du bras et disparaissaient rapidement, quoique le bras restât élevé.

(Il est probable que si les mouvements associés de la face et de l'épaule n'ont pas été signalés plus tôt, cela tient à ce qu'on n'avait pas songé à les provoquer. Mais il semble bien qu'il y eût chez cette malade des mouvements volontaires et une acceptation très étendue (1).)

Obs. IV (Morestin). — Malade opérée le 24 octobre 1901, à la suite d'une fracture du crâne, survenue deux mois et demi avant. Anastomose du tronc du facial avec la branche trapézienne du spinal, sans incidents.

Pendant trois mois aucun changement dans l'aspect de la face. La malade disparut et ne fut revue que dans le courant du huitième mois après l'opération.

Il y avait un changement considérable. La régression faciale s'ébauchait, les muscles prébuccaux exprimaient quelques mouvements et contribuaient au jeu de la physionomie. Les paupières se rapprochaient un peu et on notait un léger clignement s'effectuant en même temps que de l'autre côté. Les rides de la malade revenaient, suivant sa propre expression.

Au bout d'un an, lorsque la malade fut présentée au Congrès de chirurgie, l'aspect de la face est normal. En examinant la malade de profil du côté gauche, autrefois inerte et flasque, l'illusion est complète, le masque facial ayant, en apparence, toute la mobilité que comporte une physionomie expressive.

La commissure peut être élevée et abaissée ou portée en arrière, tous les muscles se contractant, y compris le peaucier du cou.

Quand on examine la malade de face, au repos, il n'y a aucune différence, même quand elle parle. Mais si on lui commande de porter en arrière simultanément les deux commissures, la gauche, quoique se déplaçant dans le sens voulu, reste sur un plan un peu plus antérieur que l'autre. De même l'occlusion des paupières se fait simultanément des deux côtés. Toutefois, à gauche, elles ne sont pas exactement en contact; il s'en faut d'un demi-millimètre. En dehors d'un examen voulu, ces différences ne sont pas saisissables, et, pour ceux qui l'entourent, la malade est comme avant.

(Ici l'association des mouvements de l'épaule et de la face n'est pas

(1) Voir *Thèse* Bréavoine, 1901, p. 55, avec photographie.

notée. Il est probable que c'est parce qu'on ne l'a pas recherchée et qu'elle est passée inaperçue. Quoi qu'il en soit, les mouvements volontaires montrent qu'il y a eu une adaptation très étendue.

C'est un résultat parfait, ainsi qu'en font foi les photographies qui accompagnent l'observation (1).

Obs. V. (Cushing). *Annals of Surgery*, mai 1903, p. 641. Homme de trente ans. Paralysie faciale complète à la suite d'un coup de revolver tiré à bout portant dans la région mastoïdienne (22 mars 1902).

Opéré le 12 mai 1902, six semaines après l'accident. Anastomose spino-faciale bout à bout, le spinal étant sectionné complètement et réuni au bout du facial par-dessus la tente postérieure du digastrique.

Treize jours après, le malade rentre chez lui et s'astreint à un traitement régulier et suivi par le courant galvanique. Il semble qu'il y ait déjà une légère amélioration.

Au bout de deux mois et demi, amélioration marquée. Au repos l'asymétrie faciale est difficilement visible. Mouvements volontaires considérables dans l'orbiculaire des paupières, léger abaissement du coin de la bouche.

Au bout de trois mois et demi, amélioration rapide. Le malade, à sa grande surprise, s'est aperçu qu'en remuant son épaule, il pouvait mouvoir les muscles de la face : « Lorsque je veux rire droit, dit-il, je puis m'aider avec mon épaule. » Au bout de quatre mois, au repos, la difformité est très légère.

La fente palpébrale est beaucoup plus large à droite, et l'absence de clignement et le léger affaissement de la lèvre trahissent la situation, mais la ligne médiane de la face est à peine déviée. Il y a une action volontaire considérable sur plusieurs muscles de la face, action très augmentée quand le malade hausse son épaule. Il n'y a pas de coordination; les muscles, qui ont récupéré leur puissance, se meuvent tous ensemble très doucement et seulement avec un grand effort lorsque l'action de l'épaule ne s'y associe pas. L'élévation de l'épaule seule est impossible sans produire une forte contraction des muscles régénérés, et cette contraction est soutenue aussi longtemps que l'épaule est soulevée. Les muscles naso-labiaux répondent aussi à la volonté et le pli naso-labial est bien marqué pendant leur action. Au repos ce pli n'existe pas, ce qui prouve qu'il n'y a pas de contraction.

Le sterno-cléido-mastoïdien et le trapèze sont paralysés et donnent la réaction de dégénérescence. Le malade n'est nullement gêné par l'abaissement de l'épaule.

Les muscles du côté droit réagissent tous au galvanisme, bien que plus lentement que du côté sain.

Il n'y a aucune réaction à l'excitation faradique à gauche; la réaction est normale.

(1) *Quinzième Congrès de chirurgie*, 1902, p. 900.

Au bout de cinq mois (147 jours), pour la première fois légère contraction de l'occipito-frontal. Le voile du palais n'est pas symétrique.

Cinq mois et demi (168 jours). — Amélioration considérable. Au repos, l'asymétrie faciale est à peine appréciable. Il y a une certaine coordination des mouvements expressifs. Le malade peut légèrement dissocier les mouvements des yeux, du nez, de la bouche. Il y a une grande aisance des mouvements de la face sans l'aide de l'épaule. Mais le phénomène inverse n'existe pas. L'œil ne peut pas être fermé complètement par un effort volontaire. Le sifflement est impossible, mais les lèvres peuvent être projetées en avant.

L'élévation du bras et de l'épaule produit encore dans les muscles de la face une forte contraction qui reste soutenue, et sur laquelle le malade n'a pas de contrôle. La simple élévation du bras, supportée sans douleur par le malade, provoque des contractions de la face qu'il est incapable de relâcher. Avec le bras dans cette position, cependant, un effort puissant de la volonté du malade augmente l'action des muscles déjà engagée. L'œil ne peut encore être fermé avec force.

Au bout de sept mois (207 jours), l'amélioration est considérable, bien que le malade ait complètement négligé les exercices pendant le mois précédent. La coordination des mouvements individuels des muscles est meilleure. Il est encore impossible d'élever l'épaule sans mettre en action les muscles de la face. Cependant, dans l'élévation de l'épaule, la face peut consécutivement rentrer en repos.

L'œil se ferme avec beaucoup moins d'efforts. L'occlusion unilatérale de l'œil droit est cependant impossible.

Grande amélioration dans les réactions électriques. Pour la première fois, il y a une réaction à l'excitation faradique.

Neuf mois et demi (287 jours). — Réactions galvaniques et faradiques normales, que l'excitation soit appliquée directement sur les muscles ou indirectement sur les nerfs. La même intensité de courant détermine des contractions identiques des deux côtés. La seule différence est dans la plus grande facilité à trouver le tronc du facial du côté opéré, à cause de sa situation superficielle.

Une violente élévation de l'épaule fait encore contracter le groupe entier des muscles faciaux. Une rotation vigoureuse de la tête à gauche, qui met en action le sterno-mastoïdien droit, a un effet identique. Les mouvements moins puissants ne s'accompagnent d'aucune contraction des muscles de l'expression.

Les mouvements individuels coordonnés sont beaucoup mieux réglés qu'au dernier examen. L'œil peut être tenu presque complètement fermé sans effort, et les efforts pour siffler montrent peu de différence dans les contractions des deux moitiés du buccinateur.

Ainsi l'influence de la volonté sur les différents groupes des muscles a reparu et peut agir sans association des mouvements de l'épaule ou contraction dans les autres muscles de la face. Cependant, l'expression des émotions ne s'est pas améliorée au même degré et s'accompagne encore d'une asymétrie considérable.

Obs. VI (C.-A. Ballance). *Brit. med. Journ.*, 2 mai 1903. — G. C..., garçon de onze ans, opéré en 1895 pour une otite moyenne gauche. Le côté gauche de la face resta paralysé après l'opération, et l'anastomose spino-faciale fut faite six mois après. L'enfant échappa à l'observation pendant sept ans, puis fut retrouvé en 1902. Sa situation actuelle est intéressante. Il a toutes les apparences d'une paralysie faciale gauche de type flasque, avec traction de l'angle de la bouche et agrandissement de l'ouverture palpébrale. Il y a aussi un ancien strabisme interne de l'œil gauche, datant de l'enfance, et sans rapports avec la paralysie faciale. Tous les muscles de la face réagissent vivement et normalement, à la fois, à l'excitation faradique et à l'excitation galvanique. Le goût est encore aboli du côté malade sur la partie antérieure de la langue. Aucun mouvement volontaire dissocié ne peut être exécuté du côté gauche de la face. Mais en élevant l'épaule gauche contre une résistance, des contractions marquées surviennent dans le côté gauche de la face et subsistent aussi longtemps que l'excitation du trapèze. Il y a par moments du tremblement fibrillaire dans tous les muscles du côté gauche.

Obs. VII (C.-A. Ballance). — Miss Q..., vingt-trois ans, souffre d'une otorrhée gauche depuis vingt ans. En outre, dans les sept dernières années, elle a eu aussi de nombreuses attaques de paralysie faciale. Quinze jours après sa septième et dernière attaque, en avril 1901, l'oreille fut opérée, et une masse de cholestéatome fut enlevée de la mastoïde. La paroi osseuse de l'acqueduc de Fallope fut trouvée érodée, et le nerf lui-même librement exposé au lieu d'être enfermé dans un canal clos. A l'examen, les muscles faciaux étaient complètement paralysés, ils avaient perdu leur excitabilité aux secousses faradiques, et les réactions galvaniques, quoique existantes, étaient paresseuses et avec inversion des phénomènes polaires. Le goût était aboli dans les deux tiers antérieurs de la langue du côté malade.

En décembre 1901, huit mois après le début de la dernière attaque de paralysie faciale, le traitement électrique ayant échoué, l'anastomose spino-faciale fut exécutée. Il y eut consécutivement une faiblesse passagère du sterno-mastoïdien et du trapèze gauches, mais ces deux muscles ne perdirent pas leur excitabilité faradique, et leurs fonctions se rétablirent rapidement.

Ce ne fut cependant qu'en octobre 1902, neuf mois après l'opération, qu'on put observer un retour de la motilité. A cette date, lorsque l'épaule gauche était élevée, pendant qu'on lui opposait une résistance, il y avait un tiraillement de l'orbiculaire des paupières et un mouvement superficiel de l'angle de la bouche. L'ancienne flaccidité de la face avait aussi beaucoup diminué, et, au repos, la difformité de la face était très légère. Le goût était encore absent dans la partie antérieure de la langue, du côté malade.

Obs. VIII (C.-A. Ballance). — Ce cas est celui d'une femme de trente-trois ans, elle fut admise au Norfolk et Norwick Hospital, le 21 août 1901,

souffrant d'une otite moyenne pour laquelle, le 16 août, on lui trépana la mastoïde. Une paralysie complète droite avec atrophie des muscles et perte de la contractibilité faradique suivit l'opération. Six mois après, malgré un traitement répété par les courants constants, il n'y avait aucun signe de retour de la motilité volontaire. Cependant, au repos, la différence entre les deux côtés de la face n'était pas aussi marquée qu'après l'opération, à cause d'un certain degré de contracture. A cette époque, tous les muscles innervés par le facial réagissaient bien au courant galvanique, et une très faible réaction au courant faradique était aussi observée dans l'orbiculaire des paupières, l'élévateur de la lèvre supérieure et de l'aile du nez, l'orbiculaire et le triangulaire des lèvres.

Le 23 février 1902, c'est-à-dire un peu plus de six mois après la date de l'opération, la malade fut endormie, et un courant plus fort que ceux qui peuvent être supportés sans anesthésie fut appliqué. Tous les muscles répondirent bien. Le nerf spinal et le facial furent découverts. Un courant faradique fut alors appliqué directement sur le tronc du facial, et tous les muscles faciaux se contractèrent vigoureusement. Le nerf fut divisé dans le canal à 1 centimètre au-dessus du trou stylo-mastoïdien en sculptant l'os et après qu'on eut excisé un morceau de un demi-centimètre pour l'examen microscopique; le bout périphérique fut alors fixé par anastomose termino-latérale au tronc du spinal, au moyen de trois points au fil de soie. La gaine du spinal fut incisée verticalement sur un centimètre, au point choisi pour l'anastomose, de façon à ce que deux des sutures prissent en même temps que la lèvre de la gaine un certain nombre de fibres nerveuses.

La plaie fut fermée, et la tête de la malade inclinée vers l'épaule droite avec des bandages pour éviter toute tension au niveau de la suture.

Trois semaines après l'opération, l'excitation faradique ne déterminait aucune réaction dans les muscles faciaux. Seuls l'orbiculaire des lèvres et l'élévateur de la paupière supérieure réagissaient à l'excitation galvanique, mais à un très faible degré. Une semaine après, cependant, tous les muscles répondaient au courant continu.

Il y avait, à la suite de la seconde opération, un affaiblissement considérable du sterno-mastoïdien, et il ne fallut pas moins d'un mois pour qu'on y pût découvrir des signes de motilité volontaire. La paralysie faciale paraissait certainement plus prononcée après l'opération que lorsqu'on l'examinait immédiatement avant, et elle était très accentuée un mois après lorsque la malade quitta l'hôpital.

Trois mois après l'opération, une légère motilité volontaire fut observée dans les muscles du côté droit de la face, plus marquée dans ceux de la moitié inférieure que dans ceux de la moitié supérieure ; le mouvement était associé à la contraction du sterno-mastoïdien et du trapèze droits.

Les muscles faciaux ne réagissaient pas à l'excitation faradique, mais réagissaient à l'excitation galvanique.

Huit mois après l'opération, la mobilité volontaire avait reparu plus

complètement surtout dans la moitié inférieure de la face. Par un effort violent le malade pouvait fermer l'œil entièrement. Le sterno-mastoïdien avait repris beaucoup de force.

Cependant chaque mouvement volontaire dans le côté droit de la face était associé avec une contraction du sterno-mastoïdien et du trapèze, et inversement toute contraction des muscles était associée avec un mouvement de la face. Quand la malade travaillait à sa machine à coudre avec la main droite, chaque évolution de la roue était accompagnée d'une contraction de la face, sans que la malade puisse dissocier les mouvements.

Elle avait pris l'habitude, lorsqu'elle voulait mouvoir le côté droit de la face, de saisir sa main droite avec sa main gauche, de façon à fixer en partie l'épaule et de rendre ainsi le mouvement de celle-ci moins sensible.

Dans l'expression des émotions, par exemple dans le rire, le côté gauche de la face y prenait seul part, le côté droit restant immobile. Tous les muscles faciaux réagissaient au courant faradique, quoique moins vivement que du côté sain. Tous réagissaient également bien au courant continu. Dix mois et demi après l'opération la malade constata qu'elle avait plus de force dans la face, que la nourriture ne séjournait pas aussi longtemps dans la joue et que l'association des mouvements de l'épaule et de la face était moins intime. L'association des mouvements de l'épaule et de la face lorsque la malade tournait la roue de sa machine à coudre avait presque disparu. A l'examen la diminution de cette association était évidente, mais elle existait encore; dans le rire, le côté gauche de la face était encore seul à se mouvoir. Les muscles faciaux réagissaient bien à l'excitation galvanique, le frontal mieux que les autres. La réaction faradique s'était améliorée, mais le frontal n'était pas aussi facilement excitable que les autres muscles, et la mobilité volontaire n'était pas revenue chez lui au même point que dans les autres muscles.

Obs. IX. (C A. Ballance). — Miss Z..., trente-six ans. Opérée en octobre 1901 pour une otite moyenne gauche. Le second jour après l'opération apparut une paralysie faciale totale gauche, avec perte du goût dans les deux tiers antérieurs de la langue du même côté. En dépit du traitement électrique, la paralysie est restée permanente. Après quatre mois mois apparut une légère contracture des muscles paralysés et les réactions électriques furent celles d'une profonde dégénérescence. En février 1902, quatre mois et demi après le début de la paralysie, l'anastomose spino-faciale fut pratiquée. Pendant l'anesthésie aucune réaction ne put être obtenue dans les muscles paralysés sous l'influence de secousses faradiques intenses appliquées à travers la peau. Mais la stimulation directe du tronc nerveux découvert provoqua une vive contraction de tous les muscles paralysés. Après l'opération, la contracture disparut, le côté paralysé redevenant flasque, et il y eut en outre une paralysie du sterno-mastoïdien et de la partie supérieure du trapèze. Trois mois après l'opération, ces deux muscles avaient retrouvé leurs

fonctions. Quatre mois et demi après l'opération, en faisant élever l'épaule gauche contre une résistance, on observait un léger mouvement dans les muscles zygomatiques du côté paralysé. Ce mouvement augmenta graduellement en force, jusqu'à ce que, sept mois environ après l'opération, il y eut une élévation marquée de l'angle de la bouche, de l'aile du nez, et des contractions dans l'orbiculaire des paupières. La flaccidité de la face disparut, si bien qu'au repos, celle-ci était symétrique. En novembre 1902, neuf mois après l'opération, l'excitabilité faradique avait reparu dans les muscles du côté gauche, et les réactions galvaniques, bien que paresseuses, présentaient maintenant les différences polaires normales. Du tremblement fibrillaire était également visible à l'angle de la bouche. Aucun mouvement volontaire ne pouvait encore être fait sans élévation simultanée de l'épaule, et la malade ne pouvait dissocier les mouvements de la face de ceux de l'épaule. D'ailleurs les mouvements de la face étaient si facilement provoqués par un léger mouvement de l'épaule que la malade devait prendre son ombrelle dans la main droite au lieu de la main gauche, sous peine de provoquer immédiatement dans la face des mouvements involontaires désagréables vis-à-vis des étrangers. La perte du goût persistait comme auparavant. En janvier 1903, onze mois après l'opération, on vit reparaître les mouvements d'élévation de la queue du sourcil.

Obs. X (C.-A. Ballance). — A l'âge de quinze ans, miss X... tomba d'une hauteur de 5 mètres et se fit une fracture de la base du crâne avec paralysie faciale droite et surdité de l'oreille du même côté. La surdité disparut au bout d'un an et demi. Mais la paralysie faciale était demeurée complète, lorsqu'elle vint à notre observation trois ans environ après l'accident primitif. Les muscles du côté droit de la face étaient alors totalement paralysés, flasques, avec réaction de dégénérescence, perte de l'excitabilité faradique avec légères réactions galvaniques. Le goût avait disparu dans les deux tiers antérieurs de la langue du côté correspondant. Le traitement le plus assidu par le massage et l'électricité avait été suivi depuis l'accident sans la plus légère amélioration.

Dans cette situation, l'opération fut recommandée, et en avril 1902, deux ans et onze mois après l'accident, l'anastomose spino-faciale fut exécutée. Pendant l'anesthésie, les excitations faradiques les plus fortes appliquées à travers la peau ne produisirent aucune réaction dans les muscles paralysés. Mais l'excitation directe du tronc du facial découvert produisit une faible contraction dans l'orbiculaire des lèvres et les fibres inférieures de l'orbiculaire des paupières. La partie supérieure du trapèze et le sternomastoïdien restèrent paralysés pendant deux mois puis recouvrèrent leurs mouvements. Un traitement électrique soigneux fut appliqué, et en septembre 1902, cinq mois après l'opération, de légers mouvements apparurent pendant l'élévation de l'épaule. Le mouvement qui revint le premier fut la traction horizontale de l'angle de la bouche. Peu de semaines après, toujours sous l'influence des mouvements de l'épaule, l'œil put se fermer partiellement et l'angle de

la bouche put être entraîné en dehors et en haut. Le goût restait aboli. L'examen microscopique démontra l'existence de fibres nerveuses jeunes dans le bout périphérique.

Obs. XI (C.-A. Ballance). — M. H..., fille de dix-huit ans, eut une otite moyenne chronique et fut opérée en février 1902. Depuis cette époque, le côté droit de la face resta complètemement paralysé, et en août 1902, six mois après le début de la paralysie, aucune amélioration n'étant survenue, la malade entra à l'hôpital Saint-Thomas pour pratiquer l'anastomose spino-faciale. Les réactions électriques étaient celles d'une profonde dégénérescence. En janvier 1903, quatre mois et demi après l'opération, aucune amélioration n'est survenue. La face est encore flasque et les réactions électriques sont les mêmes.

Obs. XII (C.-A. Ballance). Anastomose du facial et de l'hypoglosse. — M. D..., quarante-quatre ans, présente une paralysie faciale droite depuis douze mois. En décembre 1902, à son admission à l'hôpital, aucune contraction faradique n'est obtenue dans les muscles de la face. Il paraît aussi de l'anesthésie dans la zone du nerf dentaire inférieur et perte du goût dans les deux tiers supérieurs de la langue. Ces accidents étaient dus à une tumeur de la branche montante du maxillaire droit. Le 2 janvier 1903, cette branche du maxillaire fut enlevée en même temps qu'une tumeur kystique. Le nerf hypoglosse fut reconnu, l'artère occipitale et la branche descendante étant divisées pour libérer l'hypoglosse. Le nerf facial fut divisé à sa sortie du trou stylo-mastoïdien et suturé bout à bout à l'hypoglosse.

Le 2 février, il y avait une atrophie considérable du côté droit de la langue qui était repoussée du côté paralysé. Les muscles faciaux sont électrisés. Mais il n'y a encore aucune amélioration,

Obs. XIII (Hackenbruch, de Wiesbaden), 32e Congrès des chirurgiens allemands, *Sem. méd.*, 1903, p. 196. — Fillette de huit ans ayant une paralysie faciale depuis l'âge de trois mois, d'origine inconnue. Le spinal et le facial étant mis à nu, le spinal fut fendu dans sa longueur. Un tiers fut laissé dans sa position normale et les deux autres tiers furent implantés sur le facial paralysé.

Les premiers symptômes de retour du fonctionnement du facial se manifestèrent au bout d'un mois, et actuellement, près d'un an après l'opération, la paralysie a rétrocédé très sensiblement et la petite malade est à même d'exécuter des mouvements volontaires des muscles faciaux. Ces contractions étaient accompagnées au début de mouvements simultanés des muscles innervés par le spinal, mais ces mouvements concomitants commencent à devenir plus faibles.

Obs. XIV. — Le Dr Korte (*Semana medic. Chili*) a présenté une femme à laquelle il a implanté l'hypoglosse sur le facial paralysé, avec un résultat très favorable.

NUMÉROS des observations.	NOMS des opérateurs.	DATE de l'opération.	TEMPS écoulé depuis le début de la paralysie.	ÉTAT des sécrétions électriques après l'opération.	RÉSULTATS
I	J.-L. Faure.	23 janv. 1898.	18 mois.	A peu près rétablies.	Pas de changements dans l'aspect de la face, disparition d'un ectropion paralytique, pli naso-génien, légère tonicité musculaire. Contraction légère des muscles de la commissure, pendant l'élévation de l'épaule. En somme, *amélioration légère*.
II	Id.	28 janv. 1899.	1 an.	Id.	Amélioration notable de l'aspect de la figure. Mouvements volontaires nuls. Mouvements associés avec l'élévation de l'épaule. Très important. *Amélioration considérable*.
III	Kennedy.	11 mars 1899.	Opération immédiate.	Normales.	Visage normal au repos. Association des mouvements de la face et de l'épaule. Tendance à l'adaptation. *Résultat excellent*.
IV	Martin.	Octobre 1901.	2 mois.	?	Visage normal au repos. Aucune indication de l'association des mouvements de l'épaule et de la face. Mouvements volontaires normaux. *Résultat excellent*.
V	Custing.	12 mars 1901.	6 semaines.	Normales.	Visage normal au repos. Mouvements associés de la face et de l'épaule. Tendance à l'adaptation. *Résultat excellent*.
VI	C.-A. Ballance.	1895.	6 mois.	Normales.	Visage très asymétrique. Aucun mouvement volontaire. Mouvements légers associés à ceux de l'épaule. *Amélioration très légère*.
VII	Id.	Déc. 1901.	8 mois.	?	Visage presque normal au repos. Mouvements légers associés avec ceux de l'épaule. *Amélioration sensible*.
VIII	C.-A. Ballance.	23 févr. 1902.	6 mois.	Normales.	Visage normal au repos. Mouvements associés à ceux de l'épaule. Tendance à l'adaptation. *Résultat très bon*.
IX	C.-A. Ballance.	Février 1902.	1 mois 1/2.	A peu prés normales.	Visage normal au repos. Mouvements associés avec ceux de l'épaule, sans adaptation. *Bon résultat*.
X	Id.	Avril 1902.	2 ans 11 mois.	?	Légers mouvements associés à ceux de l'épaule. *Amélioration légère*.
XI	Id.	Août 1902.	6 mois.	?	Examiné le mois après. Aucun résultat encore appréciable.
XII	Id.	9 janv. 1903.	1 an.	?	Tumeur de la branche montante du maxillaire. Extirpation : anastomose avec l'hypoglosse. Atrophie de la moitié droite de la langue. Aucun résultat encore appréciable.
XIII	Hachenbuck.	?	8 ans.	?	Mouvements volontaires (?) des muscles faciaux accompagnés des mouvements de l'épaule.
XIV	Korte.	?	?	?	*Amélioration*. Anastomose avec l'hypoglosse. *Résultat très favorable*.

Présentation de malades.

Luxation sus-acromiale complète de l'extrémité externe de la clavicule. — Suture acromio-claviculaire par l'agrafe de Jacoël.

M. Schwartz. — T..., homme de peine, vingt-neuf ans, entre le 1er juin 1903 dans le service de M. Schwartz.

Transporté à l'hôpital en pleine ivresse, le malade se souvient fort peu de ce qui lui est arrivé. Il serait tombé dans un fossé profond et la chute aurait porté sur la partie postérieure de l'épaule gauche.

Outre des contusions multiples et sans importance, l'examen du malade permet de constater les signes classiques d'une luxation sus-acromiale complète de la clavicule gauche :

— Bras immobile le long du thorax, moignon de l'épaule saillant en avant et rapproché du plan médian, saillie très nette avec ecchymose à la partie supérieure du moignon de l'épaule; cette saillie correspond à l'extrémité luxée de la clavicule et se trouve située en arrière et en dehors de l'acromion porté lui-même en avant et en dedans.

Au niveau de la saillie ci-dessus décrite, douleur assez vive et sensation de crépitation amidonnée en rapport probable avec un petit épanchement sanguin.

La simple pression réduit facilement la luxation qui se reproduit dès que la pression a cessé.

La mensuration montre que l'espace entre l'acromion et la fourchette sternale est moindre que du côté sain.

Enfin, l'os luxé, saisi entre deux doigts, est mobile légèrement d'avant en arrière.

Le malade est laissé quelques jours au repos, le bras immobilisé dans une écharpe.

Opération le 4 juin 1903. — Chloroforme. Incision transversale des téguments au niveau de l'articulation acromio-claviculaire. On arrive rapidement sur l'extrémité luxée, et on constate entre elle et la surface acromiale quelques trousseaux fibreux interposés, débris de capsule ou ménisque. Ces trousseaux enlevés, la réduction est facilement effectuée. Les extrémités osseuses sont maintenues en contact par une agrafe de Jacoël.

Suture au crin de Florence. Pansement. Immobilisation.

Les suites opératoires furent très simples. Fils enlevés au bout de huit jours. Réunion par première intention. Le malade reste encore huit jours au repos, le bras immobilisé. Au bout de ce

temps, le moignon de l'épaule est graduellement mobilisé et le membre tout entier soumis au massage.

Actuellement (22 juillet), la cicatrisation demeure parfaite. L'épaule malade ne diffère de l'épaule saine que par une atrophie d'ailleurs en voie de régression et portant surtout sur le deltoïde.

La palpation, aucunement douloureuse, permet de sentir les extrémités osseuses en leur place normale et, sous la peau, le relief de l'agrafe qui les unit.

Les mouvements du bras sont normaux, sauf celui d'élévation qui reste encore un peu limité et gêné, mais qui se développe constamment.

Le malade, massé quotidiennement, se livre pendant la journée à des exercices fréquents ayant pour but l'amélioration des mouvements d'élévation.

La *radiographie* montre les extrémités osseuses en leur place normale et unies par l'agrafe de Jacoël. Entre elles, un espace clair assez notable correspond probablement à du tissu fibreux, restes de la capsule et du ménisque ou cal fibreux. Mais il y a, en outre, un écartement tel qu'il est impossible de ne pas songer à une raréfaction osseuse au niveau des points d'implantation de l'agrafe.

M. Tuffier. — L'implantation d'agrafes métalliques dans le tissu osseux est toujours suivie, d'après ce que j'ai vu, d'une raréfaction de ce tissu autour des points d'implantation de l'agrafe. Cette raréfaction, qui apparaît d'une façon plus ou moins précoce, se manifeste extérieurement par une certaine mobilité entre les parties osseuses mises en contact par l'intermédiaire de l'agrafe et qui, au moment de la suture, offraient cependant une cohésion parfaite. La raréfaction osseuse se faisant de plus en plus grande autour de l'agrafe, celle-ci finit quelquefois par devenir complètement libre et alors ou bien elle s'élimine spontanément, ou bien il faut aller la cueillir avec une pince à travers une incision plus ou moins profonde des tissus.

Ce qui se passe autour des agrafes, s'observe d'ailleurs pour tous les corps métalliques : plaques, chevilles, introduits au sein du tissu osseux ; plus le corps étranger est volumineux, plus la raréfaction osseuse semble être considérable. D'où ce principe capital pour la suture osseuse, de n'employer que des agrafes aussi petites et des fils aussi fins que possible. Ces derniers s'éliminent d'ailleurs bien moins facilement que les agrafes, et je continue à leur donner la préférence, dans le plus grand nombre des cas.

Épithélioma d'un lobe aberrant, pédiculé, du foie, pris pour un rein mobile; ablation; guérison.

M. Tuffier. — Je vous présente la malade qui a été l'objet de cette erreur de diagnostic et de cette opération. Elle est aujourd'hui parfaitement guérie, — l'opération date maintenant de cinq semaines; — sa santé est florissante et rien, dans son aspect général, ne laisse soupçonner la grave affection pour laquelle je l'ai opérée. Localement, autant qu'on peut en juger par l'exploration externe et par l'examen fonctionnel du foie, il n'y a pas trace de récidive. J'ai donc bon espoir dans l'avenir de cette femme.

Voici du reste son observation :

Mme P..., âgée de quarante-huit ans, couturière, entre dans mon service, le 8 juin dernier, pour une tumeur du flanc droit datant de trois mois, ayant augmenté surtout depuis un mois et la faisant souffrir.

Son passé pathologique jusqu'à ces dernières années est nul. Toujours bien réglée elle a eu deux enfants dont elle a accouché sans incidents et qui sont actuellement bien portants.

Depuis cinq à six ans, cette femme a tous les mois des crises douloureuses dans la région lombaire, sans irradiations, aussi intenses d'ailleurs à droite qu'à gauche.

Il y a trois mois, en mars, en se couchant, elle remarque que dans le flanc droit, existe une petite tumeur grosse comme une orange. Depuis, cette tumeur a grossi progressivement, mais sans s'accompagner de troubles importants. Il a fallu un interrogatoire attentif pour apprendre que les crises douloureuses dans la région lombaire avaient légèrement augmenté, avec, cette fois, des irradiations vers l'épaule et la jambe droite, que la malade avait un peu maigri et que ses forces avaient un peu diminué.

Une crise un peu plus forte se produisit il y a trois semaines. En même temps les urines, sans varier dans leur quantité, devinrent troubles, laissant dans le vase un dépôt rosé adhérent. Ce fut cette crise douloureuse, en somme légère, et la constatation de sa tumeur qui avait un peu grossi, qui déterminèrent la malade à aller consulter un médecin. Celui-ci fit le diagnostic de rein mobile et m'envoya la malade à l'hôpital Beaujon.

A son entrée, cette femme, un peu maigre, mais avec l'aspect bien portant, attira de suite et uniquement mon attention sur sa tumeur. Cette tumeur siégeait dans le flanc droit et se rapprochait de la paroi antéro-latérale de l'abdomen; elle était lisse, indolente, de la grosseur d'un rein normal, très mobile au palper, obéissant aux mouvements respiratoires et réductible dans la région lombaire. La percussion donnait au devant d'elle de la sonorité intestinale. Un sillon la séparait du bord hépatique.

Tous ces caractères, joints au passé de cette femme maigre ayant eu

deux enfants, et qui accusait des crises douloureuses ressemblant à de petites crises d'hydronéphrose intermittente, me firent penser que je me trouvais en présence d'un rein mobile.

La division intravésicale des urines fut pratiquée par M. Luys. Faite deux heures après l'injection d'un centimètre cube d'une solution de bleu de méthylène, voici les résultats quelle a donnés :

Rein droit.		Rein gauche.	
Volume	3 cent. cubes.	Volume	6 cent. cubes.
Urée (par litre). . . .	12 gr. 61	Urée (par litre). . . .	4 grammes.
Point de congélation.	$\Delta = 140$	Point de congélation.	$\Delta = 88$

Avec de l'albumine des deux côtés.

Du côté droit, il y avait deux fois plus de bleu que du côté gauche. Des deux côtés, il existait un dépôt assez abondant formé de globules sanguins et de nombreuses cellules de la vessie.

Pour être complet, j'ajouterai que l'examen de l'urine totale des vingt-quatre heures, fait par mon chef de laboratoire, M. Mauté, donna les résultats suivants :

Volume en 24 heures	1.350 grammes.
Chlorure de sodium par litre	8 gr. 10
Urée par litre	11 gr. 39
Point cryoscopique Δ	118
$\frac{\Delta V}{P}$	3.010
$\frac{dV}{P}$	1.830
$\frac{\Delta}{d}$	1,58

Un point cependant aurait dû me laisser hésitant : c'était le siège de la tumeur. L'expérience nous a appris que quand un rein se déplace, c'est toujours en avant et en dedans ; or, ici, la tumeur siégeait en dehors, sur la paroi antéro-latérale de l'abdomen. Ce siège anormal m'avait même fait discuter l'hypothèse d'un rein polykystique. Certains petits signes de brightisme constatés chez la malade (céphalées, sensibilité au froid, refroidissement temporaire des extrémités, épistaxis fréquentes), joints aux résultats de l'examen des urines (traces d'albumine), pouvaient concorder avec ce diagnostic de rein polykystique. Mais l'unilatéralité de la lésion, l'égalité de la surface de la tumeur et aussi son apparition tardive me firent rejeter ce diagnostic et maintenir celui de rein mobile.

J'opérai cette malade le 13 juin dernier.

Incision lombaire, parallèle au bord externe du muscle grand droit. Les différents plans incisés, je trouve une tumeur franche-

ment intra-péritonéale. J'incise le péritoine sur toute la longueur de la tumeur, puis j'extériorise celle-ci à travers la plaie abdominale.

Dès ce moment, l'idée de rein mobile doit être rejetée. La tumeur est grisâtre, parsemée de points jaunâtres. Son pédicule long de 10 centimètres, large de 4 centimètres, s'implante sur le bord antérieur du foie; la continuité est intime, et il n'y a pas de doute que je me trouve en présence d'une tumeur hépatique. Le foie, autant que je puis en explorer la surface à l'œil et au doigt, me paraît du reste ne présenter aucune autre lésion; le doigt ne perçoit aucun ganglion au niveau du hile. Je procède donc à l'extirpation de la tumeur de la manière très simple que voici : je passe des fils en U dans le bord hépatique à deux travers de doigt environ au delà de la base du pédicule, puis j'incise progressivement ce dernier à mesure que je serre les fils. Le pédicule sectionné, il reste sur le foie une surface cruentée, large comme le pouce, parfaitement étanche, que je recouvre, par mesure de précaution, d'un lambeau épiploïque. Drainage à ce niveau à l'aide d'une mèche. Suture de la paroi abdominale en un seul étage. Suites opératoires sans le moindre incident. Je vous ai présenté tout à l'heure la malade et vous avez pu juger de son parfait état de santé actuel. Comme je vous l'ai dit tout à l'heure, l'exploration externe du foie ne révèle aucune trace de récidive, et, quant à l'examen fonctionnel, les recherches faites à ce sujet par M. Mauté, après l'opération, ont montré que les fonctions du foie n'étaient nullement altérées (1). Il ne semble donc pas exagéré d'espérer qu'il ne se produira pas plus de récidive que pour un cancer du sein ou du pylore totalement enlevé.

Examen macroscopique. — C'est une tumeur arrondie, du volume du poing, pesant 355 grammes. Elle est violacée avec des transparences jaunâtres. Sa consistance est molle, élastique, avec certains points superficiels de consistance cartilagineuse dus à l'épaississement en ces points de la capsule de Glisson.

A la coupe la pièce est tout entière formée par une seule tumeur, molle, jaunâtre, très vasculaire, arrivant partout, sauf au niveau de son

(1) Voici la note que m'a remise M. Mauté :

a La *glycosurie alimentaire* fut pratiquée avec 150 grammes de glycose; or, à aucun moment l'urine ne réduisit la liqueur de Fehling.

b) La *toxicité urinaire* était un peu au-dessous de la normale.

c) Le *bleu de méthylène* s'éliminait sans intermittences.

d) Il n'existait *pas d'hypoazoturie*, puisque, alors que la malade était au régime lacté ou au premier degré, on trouvait dans l'urine de 13 à 17 grammes d'urée par vingt-quatre heures.

e) Toutefois les urines contenaient des *pigments biliaires* et de l'*urobiline*.

pédicule, au contact de la capsule de Glisson. Du point où celle-ci présente son maximum d'épaisseur, partent en rayonnant d'épais trousseaux fibreux qui divisent la tumeur en autant de lobes.

Du côté du pédicule les bords de la tumeur sont franchement délimités et tranchent nettement sur la substance hépatique qui paraît saine.

Le pédicule hépatique a la forme d'une ellipse très allongée dont les axes mesurent respectivement 11 centimètres et 4 centimètres.

Examen histologique. — La tumeur est limitée à la périphérie par une coque épaisse de tissu conjonctif très dense, présentant en certains points des amas de cellules rondes. De cette coque partent en rayonnant de rares, mais puissants trousseaux fibreux, qui constituent la charpente de la tumeur et limitent d'immenses alvéoles remplis d'éléments épithéliaux.

Du côté du foie (voir figure) les limites sont également très nettes et constituées par une épaisse couche de tissu conjonctif adulte, renfermant quelques cellules embryonnaires, mais surtout un assez grand nombre d'éléments cellulaires allongés, à noyau très coloré et à protoplasma très granuleux.

Quant aux éléments constitutifs de la tumeur elle-même, ils apparaisssent à un faible grossissement (voir figure) sous forme de grosses travées cellulaires, contournées, divisées et anastomosées, ayant de cinq à dix fois le volume de la travée hépatique, et limitant de larges espaces dont quelques-uns sont remplis de globules sanguins.

A un plus fort grossissement, on voit que ces travées sont formées d'éléments épithéliaux, entassés sans ordre, au moins pour la plupart, et sont séparées les unes des autres par une double rangée de cellules endothéliales, à peine doublées en certains points d'une mince couche de tissu conjonctif. Cette rangée de cellules endothéliales limite en s'écartant les espaces dont nous avons parlé, et qui sont constitués par les capillaires intertrabéculaires.

Ces travées qui s'implantent perpendiculairement sur la coque fibreuse périphérique constituent des cylindres pleins; en aucun point elles ne présentent l'aspect de tubes glandulaires. Elles sont formées d'éléments polyédriques de volume variable, les uns beaucoup plus petits, d'autres plus volumineux que la cellule hépatique normale.

Les noyaux cellulaires, arrondis ou ovalaires sont très nettement délimités et fortement colorés par l'hématoxyline. En général uniques, on en trouve cependant assez fréquemment deux dans la même cellule. Quelques éléments possèdent aussi un ou plusieurs nucléoles.

Le protoplasma, très peu marqué dans certaines cellules, est au contraire très abondant dans d'autres. Il est fortement granuleux, surtout dans les petits éléments. Il est coloré en jaune clair par le Van Gieson, et en rose foncé par l'éosine; il est toutefois moins opaque que celui des cellules hépatiques.

Les cellules qui bordent les travées prennent assez souvent la disposition cubique ou cylindrique. Quelquefois même elles prennent la disposition de cellules sécrétoires, leur noyau ovalaire occupant alors une des extrémités.

Vers le centre de la tumeur, à cause de la minceur du stroma, les capillaires se sont ectasiés et rompus, déterminant l'infiltration hématique des éléments néoplasiques.

En d'autres points les éléments cancéreux ont subi la dégénérescence graisseuse, ou apparaissent nécrobiosés.

Enfin, il faut remarquer qu'en certains points la néoplasie rappelle absolument la disposition du lobule hépatique.

Le lobule néoplasique, est en effet limité par des îlots conjonctifs triangulaires, formés de tissu scléreux, contenant même parfois des vestiges de canaux biliaires, dont la place est occupée par des traînées de cellules rondes.

Le centre du lobule est également représenté, tantôt par un petit bloc séreux imperforé, vestige de la veine intralobulaire, tantôt par une veine béante d'où partent des travées semblables à celles que nous avons décrites précédemment, enveloppées d'une faible gaine de tissu conjonctif scléreux.

Quant à la mince couche de tissu hépatique du pédicule sur laquelle a porté l'examen, elle montre qu'autour de la tumeur les travées hépatiques sont refoulées et aplaties d'autant plus que l'on se rapproche du cancer.

Le tissu conjonctif péri-capillaire est également épaissi.

En somme, il s'agit nettement d'un *épithélioma primitif du foie, épithélioma trabéculaire, rentrant, au point de vue macroscopique, dans la forme anatomique : adénome.*

Présentation d'instrument.

Un nouveau bouton anastomotique du Dr Bonnier.

M. Pozzi. — Je viens au nom du Dr Bonnier vous présenter un nouveau bouton anastomotique pouvant être utilisé dans les opérations sur l'estomac, l'intestin et la vésicule biliaire. M. Bonnier a fait construire plusieurs modèles s'adaptant à ces diverses destinations par leur volume variable.

Les boutons du Dr Bonnier dérivent du même principe que ceux de Murphy. Le perfectionnement que revendique M. Bonnier consiste en ces deux points principaux : calibre supérieur obtenu avec un bouton de même volume ; élasticité de la pression exercée sur les membr[illegible], de façon à éviter leur mortification trop rapi[illegible]

Son [illegible]areil se compose de deux anneaux en aluminium, portant ch[illegible]cun sur sa périphérie une bague en caoutchouc, destinée à régulariser et adoucir la compression exercée sur les deux parties

affrontées. Quatre languettes en acier formant un tube ajouré servent à assembler les deux anneaux d'aluminium, qu'on rapproche par la simple pression exercée à travers l'intestin, lorsque les deux segments ont été affrontés. Le pas de vis qui termine ces languettes permet, après l'élimination de l'appareil par les selles, de le démonter pour le nettoyer et le stériliser.

Le mode opératoire est le même que pour le bouton de Murphy.

Je présente avec plaisir cet appareil élégant dû à un praticien distingué, auquel la chirurgie est déjà redevable d'instruments dénotant une grande ingéniosité. Récemment, M. Peyrot vous présentait en son nom deux bandages herniaires nouveaux. Je rappellerai que notre confrère, dès le début de sa carrière, en 1868, faisait sa *Thèse* sur la trachéotomie, sur une *canule à glotte* qui porte son nom. Un an plus tard, en 1869, le Dr Bonnier faisait expérimenter sur le cadavre, par M. le professeur Spillmann, à son cours de médecine opératoire, au Val-de-Grâce, des appareils pour les sutures longitudinales et transversales de l'intestin, et pour la taille hypogastrique avec occlusion immédiate de la vessie,

En terminant, je dois toutefois former les plus grandes réserves pour l'emploi des boutons anastomotiques. Je me suis toujours déclaré hostile à ces instruments très inférieurs à une bonne suture. Je n'admettrais leur emploi qu'entre les mains d'un chirurgien peu familiarisé avec les opérations abdominales.

Présentation de pièces.

Kyste hydatique du poumon.

M. Walther : J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie les radiographies et la membrane interne d'un kyste hydatique du poumon gauche que j'ai opéré avant hier à l'hôpital de la Pitié.

Le malade m'a été envoyé par mon ami le Dr Béclère qui a fait le diagnostic de kyste hydatique du poumon par l'examen radioscopique et radiographique. Je vous présente ici les très belles radiographies que m'a remises M. Béclère, grande radiographie du thorax et radiographies stéréoscopiques. Vous voyez que la tumeur très volumineuse occupait presque tout le poumon gauche. La zone obscure est limitée très nettement à sa partie inférieure par une ligne courbe comme tracée au compas, au-dessous de

laquelle transparaît la zone claire étroite, de ce qui restait de poumon sain à la base. Le cœur est complètement refoulé à droite du sternum.

Je n'insiste pas sur ce fait ni sur le diagnostic qui a été établi beaucoup mieux que je ne saurais le faire par M. Béclère dans la très intéressante observation qu'il a communiquée à la Société médicale des hôpitaux, en présentant le malade le 26 juin dernier.

Mais je tiens à appeler votre attention sur la technique opératoire que j'ai suivie. La matité occupait toute la partie supérieure et moyenne du thorax; elle était plus accentuée encore en haut et en avant au niveau des 3e et 4e côtes. Je pensai donc que s'il y avait des adhérences, c'est en ce point qu'elles existeraient le plus sûrement.

Je fis sur le thorax un lambeau en volet pour mettre bien à nu la 4e côte en coupant les insertions du grand pectoral et un peu du petit pectoral. Je réséquai cinq centimètres seulement de la 4e côte, de façon à réduire au minimum le délabrement du thorax, mais à accéder facilement à la poche kystique.

La côte réséquée, je ponctionnai en ce point avec un trocart de Potain monté sur un long tube de caoutchouc muni à son extrémité d'un entonnoir de verre, le tout stérilisé. Le liquide s'écoula, absolument clair, avec une pression de 36 centimètres, que M. Béclère qui avait bien voulu assister à l'opération détermina en mesurant la différence de niveau du trocart et du niveau du liquide dans l'entonnoir élevé par un aide. Après évacuation de 500 grammes de liquide environ, la poche s'affaissant je m'aperçus que quelques bulles d'air pénétraient dans la plaie avec le sifflement caractéristique. Il n'y avait donc pas d'adhérences, et, maintenant bien le trocart, je fis une petite incision de chaque côté à la plèvre pariétale pour pouvoir saisir avec des pinces de Kocher la paroi de la poche, la tirer légèrement au dehors et empêcher le pneumothorax.

Nous pûmes ainsi retirer 1.200 grammes de liquide. L'écoulement s'arrêta. Alors, suivant la technique conseillée par M. Devé et que nous a rappelé récemment notre collègue M. Quénu, j'injectai dans la cavité environ 500 grammes de solution de formol au centième et l'y laissai cinq minutes. Depuis le début de la ponction une compresse imbibée de la même solution de formol avait été appliquée sur la plaie autour du trocart, pour stériliser les gouttes de liquide hydatique qui sortent presque toujours par l'orifice de ponction.

La solution de formol retirée, j'incisai largement la poche et enlevai complètement la membrane interne, d'abord avec des pinces, puis en la tirant en masse avec les doigts.

La poche fut alors complètement asséchée avec des compresses montées. On n'y voyait pas le moindre débris de membrane. Je la touchai encore avec quelques tampons imbibés de formol, puis je la suturai au catgut. Le lambeau cutané fut ensuite réuni après suture au catgut du grand pectoral divisé. Un drain fut placé sous la peau et le grand pectoral jusqu'en face de la suture de la poche.

Les suites ont été très simples jusqu'ici. Le malade a eu, peu après l'opération, deux ou trois crachats teintés de sang noir.

Il m'a semblé intéressant de vous communiquer aujourd'hui même cette observation résumée et de vous montrer les très belles radiographies de M. Béclère.

J'ai pu appliquer ici le procédé de mon ami Delbet parce que je me trouvais en présence d'un kyste hydatique absolument aseptique, indemne de toute ponction. J'ai pu ainsi limiter la brèche du thorax au minimum, puisque je n'ai réséqué que 5 centimètres de la 4e côte.

Je ne sais encore si la guérison sera ainsi obtenue du premier coup sans ouverture secondaire de la poche.

C'est la première fois, je crois, que le procédé de Delbet est appliqué à la cure d'un kyste hydatique du poumon. Je n'en ai pas trouvé d'autre observation et mon ami Delbet me disait tout à l'heure qu'il n'en connaissait pas.

Je vous présenterai plus tard la suite de l'observation.

M. Tuffier. — Le fait que les sujets porteurs de kystes hydatiques du poumon ont été souvent considérés et traités comme des tuberculeux est de constatation fréquente et s'explique du reste par les hémoptysies répétées que présentent la plupart de ces sujets.

Mais ce n'est pas pour constater ce fait que j'ai tenu à prendre la parole. Un autre point m'intéresse bien davantage dans la communication de M. Walther; c'est l'application qu'il a faite, pour la première fois, du procédé de Delbet au traitement des kystes hydatiques du poumon. Or, je crois que ce procédé a ses indications spéciales en pareil cas. Un fait que j'ai observé récemment va d'ailleurs me permettre de formuler ma critique de façon précise.

La semaine dernière entrait dans mon service un homme atteint de kyste hydatique du poumon gauche, du même côté par conséquent que chez le malade de M. Walther. La véritable nature de ce kyste, qu'on avait pris d'abord, dans le service de médecine d'où il m'avait été envoyé, pour un épanchement pleurétique interlobaire, ne fut reconnue qu'après la ponction, à la limpidité « eau de roche » de son contenu. Le diagnostic ayant été ainsi

rectifié, le médecin traitant eut la malencontreuse idée d'injecter dans la poche une certaine quantité d'une solution de sublimé. Le résultat fut désastreux : le malade fut pris d'accidents graves d'œdème pulmonaire et, en outre, la poche kystique se mit à suppurer.

Appelé à intervenir, je dus me contenter de réséquer une côte, d'ouvrir largement le kyste et d'instituer un non moins large drainage. Mais — et voici le fait intéressant pour la critique que je veux faire à la communication de M. Walther — au cours de cette intervention je pus me convaincre que la grosse poche kystique (sa capacité était d'environ 1.500 centimètres cubes) avait des parois fort épaisses et à peine inextensibles, qui en particulier en dedans, du côté du cœur, formaient comme une véritable muraille rigide, s'opposant, malgré l'évacuation du liquide kystique, au retour de cet organe dans sa place normale d'où l'avait chassé le développement progressif du kyste.

Cette particularité anatomo-pathologique, qui n'est peut-être pas exceptionnelle dans les kystes hydatiques du poumon, et dont je ne veux du reste pas chercher aujourd'hui la raison, me fait penser que l'opération de Delbet appliquée aux kystes hydatiques du poumon doit être réservée aux cas où le poumon est souple autour du kyste. Car comment pouvez-vous espérer obtenir la disparition d'une poche à coque fibreuse aussi épaisse et aussi inextensible? Je fais donc toutes réserves sur le succès de l'opération pratiquée par M. Walther.

J'ajouterai, pour terminer, que dans le cas que je viens de rapporter, la radiographie nous avait fourni une image du kyste tellement nette qu'à première vue le diagnostic ne pouvait faire de doute pour personne. C'est là d'ailleurs un fait qui n'est pas nouveau, car M. Dagincourt a fait de suite le diagnostic sur cette simple constatation, tant elle est habituelle.

M. Walther. — Le cas de M. Tuffier est différent de celui que je vous ai présenté. Il a opéré un kyste infecté et l'a drainé.

Je ne sais comment se réparera mon kyste aseptique. J'espère que le poumon se dilatera peu à peu et que la cavité kystique s'effacera. Je dois dire qu'à l'examen de la poche, on voyait très nettement en dedans le cœur tout entier saillant sous la paroi de la poche, mais il n'y avait pas là de cloison fibreuse épaisse, comme nous en voyons dans les kystes infectés ou les vieilles pleurésies purulentes.

Rate hypertrophiée adhérente à l'utérus, simulant un fibrome utérin.

M. Walther. — Je vous présente une rate que j'ai enlevée hier matin. Je l'avais prise pour un fibrome utérin. La malade âgée de trente ans, atteinte depuis plusieurs mois de pertes abondantes, portait une tumeur pelvienne et abdominale située sur la ligne médiane, remontant jusqu'à l'ombilic, faisant corps avec l'utérus, de consistance rénitente.

Dans ces conditions je n'hésitai pas à porter le diagnostic de fibrome et, devant la persistance des hémorragies rebelles au traitement médical, je conseillai l'intervention.

Je fis hier matin la laparotomie. A l'ouverture de l'abdomen je trouvai cette tumeur dont l'aspect était absolument caractéristique ; c'était la rate descendue au détroit supérieur et verticalement placée de champ derrière la paroi abdominale. Elle était solidement maintenue dans cette situation par une lame épaisse d'adhérences qui de son bord inférieur s'étendaient sur toute la largeur de la face antérieure de l'utérus et sur tout le bord supérieur de la trompe gauche atteinte de salpingite parenchymateuse et oblitérée.

Je fis d'abord la résection du pédicule splénique après ligature au catgut en trois faisceaux, et application, à un centimètre plus haut, d'un nœud de sûreté.

Les adhérences à l'utérus furent ensuite sectionnées et les annexes gauches, restées en connexion avec la tumeur, réséquées.

Les annexes droites malades furent aussi réséquées ainsi que l'appendice recouvert de fausses membranes de péritonite récente.

La rate, vous le voyez, est volumineuse; elle pèse 515 grammes complètement vide de sang et avait perdu en se vidant au moins le tiers de son volume. Elle est violacée, très congestionnée, recouverte de plaques de périsplénite et de fausses membranes de péritonite récente.

Les suites de l'opération ont été jusqu'ici absolument bénignes. Pas de douleurs, pas de vomissements. Aujourd'hui la température est de 36°6, le pouls est à 80.

Je dois pour compléter cette courte note ajouter que la malade, originaire de Bourbon, a eu il y a longtemps de nombreux accès de fièvre intermittente.

M. Segond. — Lorsqu'une tumeur splénique vient faire corps avec l'utérus, on comprend que l'erreur soit inévitable. Il en est de

même, comme je l'ai vu, pour des tumeurs hépatiques qui, plongeant dans l'excavation pelvienne, peuvent s'accoler à l'utérus.

M. POTHERAT. — Je rappelle qu'il y a deux ans j'ai communiqué au Congrès français de chirurgie une observation de splénectomie, où la rate pesant 5 kilogrammes avait été prise pour un fibrome utérin par des confrères très distingués et un de nos collègues. J'avais éliminé ce diagnostic en constatant l'absence de troubles utérins, mais j'avais fait celui de tumeur solide d'origine annexielle. Les deux annexes étaient malades, je dus les enlever, mais la tumeur était une rate palustre. On conçoit qu'une tumeur solide plongeant dans l'excavation pelvienne puisse causer de ces erreurs alors que son origine réelle est splénique ou hépatique comme vient de le rappeler mon maître M. Segond.

Calcul du bassinet.

M. WALTHER. — Présentation d'un calcul du bassinet droit et de la radiographie stéréoscopique faite par M. Béclère et qui montre avec une parfaite netteté le siège et la forme du calcul.

M. TUFFIER. — Cette image est nette, mais j'en ai eu souvent de semblables en matière de calcul du bassinet, tout dépend de la composition du calcul et du volume du sujet qui le porte.

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 29 JUILLET 1903

Présidence de M. Kirmisson.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur les branchiomes du cou.

M. J.-L. Faure. — Je ne crois pas que les tumeurs branchiales soient aussi rares qu'on le pense. Je suis convaincu d'en avoir opéré plusieurs et je suis certain d'en avoir opéré deux. Je dis certain, parce que ces deux cas ont été examinés au point de vue histologique par le Dr Veau et figurent dans sa *Thèse* comme tumeurs d'origine branchiale.

Le premier, opéré le 12 avril 1898, était un homme de quarante-cinq ans, exsangue, qui portait dans la région droite du cou une grosse tumeur et qui crachait en même temps une grande quantité de sang. Je pensai à un épithélioma du pharynx avec envahissement ganglionnaire, et, devant les menaces de mort par hémorragie, je me décidai à l'opérer.

La tumeur cervicale était pleine de caillots sanguins, et, ces caillots enlevés, se trouvait réduite à une sorte de paroi charnue adhérant d'une part aux gros vaisseaux et d'autre part à la trachée. La tumeur s'ouvrait en haut, derrière la base de la langue,

dans le pharynx qui semblait ulcéré uniquement par usure et nullement par une altération pathologique. Mais la paroi de la tumeur présentait des caractères très curieux et ressemblait absolument à la surface interne du cœur avec de véritables colonnes charnues séparées par des dépressions plus ou moins profondes. Je ne crus pas devoir tenter l'extirpation de cette poche, mince, adhérant partout, et mon opération en resta là.

L'état du malade s'améliora sensiblement par suite de la disparition des hémorragies. Mais, au bout de trois mois, celles-ci recommencèrent avec abondance. Je pensai à une récidive et je laissai le malade mourir.

L'autopsie montra que l'hémorragie était due non à une récidive de la tumeur, mais à une ulcération de l'artère thyroïdienne inférieure.

L'examen histologique, pratiqué plus tard par le Dr Veau, a encore démontré, je l'ai dit, qu'il s'agissait d'une tumeur d'origine branchiale.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de soixante-six ans, opéré le 15 novembre 1898. Il portait une énorme tumeur de la région sous-maxillaire droite. La tumeur, qui s'étendait du lobule de l'oreille à l'os hyoïde, et était grosse au moins comme une tête de fœtus, bosselée, irrégulière, était mobile sur les plans profonds, et fut enlevée sans difficulté. Elle pesait 800 grammes.

L'examen histologique, fait par le Dr Veau, a encore démontré qu'il s'agissait d'une tumeur d'origine branchiale.

Cette observation présente un intérêt particulier parce qu'au moment où a été publiée la *Thèse* de Veau, c'était le seul malade resté guéri après un an. Ce malade, près de cinq ans après l'opération, est toujours guéri. Je dois dire cependant que, le 30 juillet 1902, j'ai revu ce malade avec une petite tumeur mobile, située dans la région sus-hyoïdienne, sur la ligne médiane. J'ai enlevé cette tumeur qui était lisse, arrondie, mobile, sans adhérences, d'aspect kystique, et qui avait les apparences d'une tumeur congénitale. L'examen histologique n'a pas été fait. Mais je suis convaincu qu'il s'agit encore d'une production de la même nature que la première.

Ce malade est resté guéri.

C'est donc un résultat très satisfaisant et je ne vois pas qu'il y ait lieu, pour ces tumeurs plus que pour beaucoup d'autres, de parler ici comme on a cru devoir le faire à propos du malade de Reclus, des « limites de la chirurgie », car cette façon de concevoir la conduite à tenir vis-à-vis de certains malades pourrait nous autoriser nous aussi, à parler bien souvent des « limites de la médecine ».

M. Tuffier. — J'ai opéré jadis une femme qui portait au niveau de la région latérale du cou, dans l'espace compris entre la parotide et la glande sous-maxillaire, une volumineuse tumeur se présentant avec tous les caractères d'un branchiome malin. J'extirpai ce néoplasme assez facilement. Trois mois après, cette femme me revenait avec des phénomènes graves de dysphagie et d'asphyxie causés par une nouvelle tumeur apparue du côté du pharynx où elle pointait sur la ligne médiane en dehors de l'amygdale. Je pensai à une récidive et, en raison des symptômes inquiétants présentés par la malade, je me décidai à une nouvelle intervention. J'incisai la muqueuse du pharynx sur la tumeur qui était lisse et arrondie et, à ma grande surprise, j'énucléai celle-ci des plus facilement. L'examen macro- et microscopique montra qu'il s'agissait d'un ganglion pré-axoïdien dégénéré, dont le volume atteignait celui de la première phalange du pouce.

Je crois qu'il est rare d'avoir à opérer de ces adénopathies prévertébrales et, c'est pourquoi j'ai tenu à vous rapporter cette observation.

M. Paul Reclus. — A propos du pronostic de ces branchiomes, il faut absolument distinguer deux cas, et je croyais avoir suffisamment insisté sur ce point dans ma dernière communication : il y a deux sortes de branchiomes. Il y a les branchiomes bénins, tumeurs mixtes, avec le pronostic des tumeurs mixtes, c'est-à-dire évolution très lente et très souvent guérison après ablation complète. Je suis persuadé que nous arriverons avant longtemps à relever dans la science un nombre assez considérable de ces guérisons opératoires.

Puis il y a aussi les branchiomes malins, les épithéliomes, ceux-là avec toute la gravité des épithéliomes viscéraux. Gravité par la récidive probable et gravité à cause des adhérences au paquet vasculo-nerveux, bien entendu lorsque la tumeur s'est développée dans la région carotidienne. Si la tumeur, ce qui est, je crois, plus rare, prend naissance dans la région sous-maxillaire, la récidive reste probable, mais du moins les délabrements nécessités par l'opération sont ici moins considérables.

Sur les kystes hydatiques du poumon.

M. Potherat. — J'avais, dans la dernière séance, demandé la parole, qui ne put m'être accordée, à l'occasion de la communication de M. Walther sur les kystes hydatiques du poumon.

Trois fois, j'ai observé cette lésion; chez deux malades je suis intervenu. Tout d'abord soignés en médecine, ces malades avaient présenté les accidents qu'on observe si souvent dans ces kystes : douleur thoracique, gêne respiratoire, matité à la percussion, fièvre hectique. On avait pratiqué une ponction aspiratrice, on avait ramené du pus, on avait diagnostiqué une pleurésie purulente, et ce fut au cours de l'intervention seulement que la nature exacte du mal avait pu être reconnue. Après divers incidents, ces deux malades ont guéri; mais je n'insiste pas, ayant déjà publié leur observation.

Il s'agissait là de kystes hydatiques s'accompagnant de suppuration intra- et péricystiques.

Le troisième cas est plus intéressant au point de vue clinique et au point de vue thérapeutique. En effet, j'ai pu diagnostiquer exactement le kyste hydatique et il a guéri sans aucune intervention; vous verrez comment.

Il s'agissait d'un homme de la campagne, se livrant à des travaux fatigants. Agé de quarante-six ans, il n'avait pour ainsi dire jamais été malade, et, quand je fus appelé à l'examiner, il était encore bien portant, en ce sens que ses forces n'avaient pas diminué, ses fonctions digestives s'exécutaient parfaitement bien, il travaillait comme à l'ordinaire et dormait bien. Ce qui l'ennuyait, c'était un facile essoufflement dans la marche, dans son travail et même au repos, avec de temps à autre des accès de toux, sans expectoration. L'examen des viscères permettait de constater l'intégrité de l'appareil cardio-vasculaire, et l'absence de troubles respiratoires, sauf en ceci, qu'à gauche, au-dessous de la clavicule en avant, dans la fosse sous-épineuse en arrière, il existait une zone bien nettement limitée de toutes parts, de matité thoracique, avec absence de murmure vésiculaire, mais sans râles, sans égophonie, sans souffle. De suite je pensai qu'on ne pouvait s'arrêter qu'à deux diagnostics : tumeur ou kyste hydatique. Mais le médecin qui observait le malade depuis plusieurs mois ne constatait aucune modification dans les symptômes généraux ou locaux; je rappelle qu'il y avait un très bon état général, pas de râles et pas d'expectoration, et qu'il n'y avait pas de signes d'épanchement pleurétique; j'en conclus que cet homme n'avait pas de tumeur maligne, mais qu'il était atteint de kyste hydatique du poumon.

Or, à quelque temps de là, le malade eut une abondante vomique au cours de laquelle il rendit près d'un litre d'une eau absolument claire, mais spumeuse, avec quelques débris ressemblant à des membranes de grains de raisin. Il continua à rendre journellement de l'eau, de temps à autre des produits membrani-

formes, puis peu à peu l'expectoration diminua, et finalement cessa, sans avoir subi de transformation purulente. En même temps la matité cessait, la respiration se faisait entendre dans le poumon, bref le malade guérit complètement et demeura guéri.

On peut donc diagnostiquer un kyste hydatique du poumon à l'aide des moyens d'expectoration physique dont nous disposons vis-à-vis des organes thoraciques. Si à ces moyens on peut ajouter la radioscopie, on acquiert une précieuse confirmation du diagnostic, et on peut, en quelque sorte, faire un graphique net de la lésion, ainsi que le montrent les belles radiographies de M. Béclère, présentées par M. Walther.

Communications.

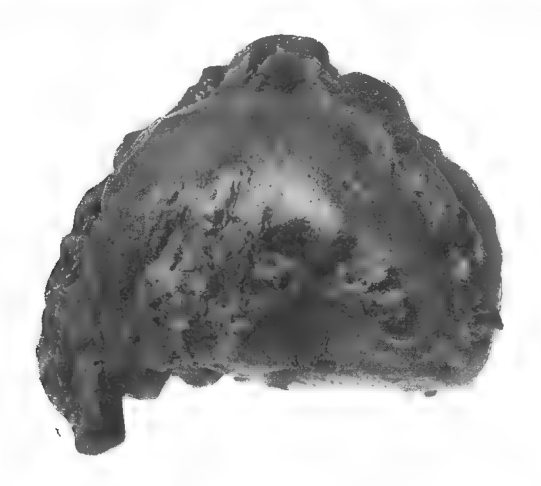
Ectopie de la rate avec élongation excessive ou torsion ancienne et rupture du pédicule, à la suite d'une mégalosplénie paludique. Splénectomie; guérison.

M. Pozzi. — Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans, native de Jaffa, qui était entrée à l'hôpital Broca à la fin de décembre 1901. Elle présentait alors une tumeur de l'abdomen qu'on avait prise pour une tumeur utérine, probablement fibreuse; cette tumeur adhérait à l'utérus avec lequel elle était confondue. Quand elle entra dans mon service, le diagnostic fut très hésitant: on pensa à un kyste intra-ligamentaire para-utérin. La malade avait été soignée autrefois pour une énorme hypertrophie de la rate avec fièvre paludéenne. Un mois auparavant, elle avait présenté des phénomènes fébriles et des signes de pelvi-péritonite (pouvant faire croire à une hémorragie intra-kystique). C'est comme une véritable incision exploratrice que je pratiquai la laparotomie le 9 janvier 1902. Je trouvai une masse de nature indéterminée resemblant à un gros rein, adhérente à l'utérus et à la vessie, et coiffée par l'épiploon qui lui était intimement soudé et lui formait un pédicule peu vasculaire, où je ne remarquai aucune trace de torsion. Après avoir détaché la tumeur (à laquelle l'épiploon resta en partie adhérent), on constata que les deux ovaires étaient criblés de gros kystes folliculaires et étaient environnés d'adhérences remplies de grosses bulles de péri-métro-salpingite séreuse. Les deux annexes furent donc enlevées.

Suites opératoires bénignes, guérison sans incident.

L'examen de la pièce fait par M. Bender montra qu'il s'agissait bien de la rate, siège d'un infarctus ancien; on n'y put découvrir de corpuscules de Malpighi. Cette rate était augmentée de volume et mesurait 12 centimètres de longueur, 8 centimètres et demi de largeur et 7 centimètres d'épaisseur. Son poids était de 430 grammes. Quelques jours après sa sortie de l'hôpital, la malade y rentrait avec des signes de perforation intestinale. Elle s'était empoisonnée avec du sublimé (On fit sans succès la laparotomie).

A l'autopsie, on constata l'absence de la rate, ce qui confirmait le diagnostic anatomique déjà établi par l'examen de la pièce.



Il y a là un cas curieux d'ectopie de la rate avec *élongation excessive* et *amincissement* du pédicule ayant produit les mêmes effets que la *torsion*, c'est-à-dire un infarctus de l'organe et le développement d'une pelvi-péritonite adhésive. On pourrait aussi admettre qu'il y a d'abord eu torsion du pédicule, puis *rupture*, et que la rate, déjà fixée et entourée d'adhérences épiploïques considérables, a pu continuer à se nourrir par ces racines vasculaires adventices.

Ce fait de splénectomie pour rate ectopique vient s'ajouter aux 17 cas réunis par d'Urso et publiés dans le journal *Policlinico* (janv. et fév. 1896), ainsi qu'au cas plus récemment observé par G. Caen (*ibid.* 1902). La mortalité avait été de 4 sur les 17 cas d'Urso, soit 23 p. 100. En joignant à cette statistique le cas heureux de Coen et le mien on n'a plus que 4 morts sur 19 cas, soit moins de 20 p. 100.

La splénectomie offre donc dans ces cas-là une bénignité exceptionnelle.

M. Pierre Delbet. — La rate n'est pas le seul organe qui puisse se loger au voisinage de l'utérus et donner lieu à des difficultés ou à des erreurs de diagnostic.

Vous vous rappelez sans doute le cas où Freund prit un rein ectopié pour une salpingite. Cette erreur m'avait paru singulière jusqu'au jour ou je l'ai faite moi-même.

Je me suis trouvé en présence d'une femme qui présentait une tumeur pelvienne donnant de la manière la plus nette les signes d'une salpingite droite. Je fis une laparotomie et fus très étonné de trouver au-dessus de la tumeur, qui était tout entière comprise dans le ligament large, la trompe et l'ovaire intacts. J'incisai le ligament large et, après avoir traversé une couche lipomateuse, je fus très étonné de tomber sur un rein scléreux, atrophié, mais parfaitement reconnaissable. Je l'enlevai et la malade a guéri très simplement.

M. Routier. — Il serait intéressant de savoir exactement ce qu'était devenu le pédicule de la rate enlevée par M. Pozzi, car, étant donné les accidents paludiques présentés par la malade, et la crise fébrile grave dont elle avait été soignée à Jaffa, on pouvait se demander si cette rate tordue sur son pédicule ne s'en serait pas détachée lors de cette crise; on sait combien les rates paludiques sont friables, à tel point que le moindre traumatisme peut les rompre et même les détacher de leur pédicule vasculaire.

M. Pozzi. — Il est possible que le pédicule ait été rompu et que les adhérences de la tumeur aient suffi à sa nutrition; en tout cas, ce pédicule qui semblait formé seulement par l'épiploon ne contenait que de petites artères.

M. Walther. — Je profite de l'occasion qui m'est offerte par cette discussion pour vous donner quelques renseignements complémentaires sur la malade que j'ai opérée il y a neuf jours et dont je vous ai présenté la rate mercredi dernier.

Vous vous le rappelez, la rate, volumineuse, était fixée par de solides adhérences à la face antérieure de l'utérus et aux annexes gauches.

J'ai interrogé ces jours-ci la malade, qui va du reste absolument bien : elle m'a dit que, pendant son enfance, elle a eu, à plusieurs reprises, des accès pernicieux, parfois avec hématurie; plus tard, vers l'âge de douze à quinze ans, elle eut de vraies fièvres intermittentes régulières, elle fut très fatiguée de ces fièvres, très anémiée et eut une véritable cachexie palustre avec grosse rate.

M. Lejars. — Je crois que ces ectopies et les torsions chroniques du pédicule de la rate peuvent donner lieu à toutes les erreurs possibles de diagnostic; j'ai fait, il y a deux ans, une erreur de ce genre, chez une malade de mon collègue le Dr Florand. C'était une femme très amaigrie, très cachectique, chez laquelle nous trouvions, dans la région sous-ombilicale, une tumeur dure, bombée, très peu mobilisable, un peu douloureuse, et ne présentant aucun prolongement appréciable vers l'un ou l'autre des hypocondres. Nous avions fait le diagnostic de néoplasme probable de l'épiploon ou du mésentère, diagnostic assez douteux sans doute, mais qui paraissait bien cadrer avec les caractères de la tumeur, d'une part, et l'état général de la malade, d'autre part.

Je fis la laparotomie, et ce n'est pas sans surprise que je trouvai, constituant le soi disant néoplasme, une rate très déformée, très dure, gris blanchâtre, encapuchonnée d'épiploon et d'intestins adhérents, et dont le pédicule était tordu deux fois sur lui-même et adhérent aussi sur tout son pourtour. J'enlevai cette rate sans difficulté particulière, mais la malade, très affaiblie, ne recueillit aucun bénéfice de l'intervention et ne tarda pas à succomber.

Il y a une grande différence, au point de vue du diagnostic, entre les torsions aiguës du pédicule splénique, qui s'accompagnent de douleurs et de réactions suffisamment démonstratives, en général, et les torsions chroniques anciennes, où l'organe ectopié, adhérent, immobilisé dans son nouvel habitat, ne figure plus qu'une tumeur mal définie se prêtant à toutes les hypothèses.

M. Pozzi. — Il s'agissait là bien évidemment d'une torsion ancienne avec rupture du pédicule ou d'une élongation excessive de celui-ci ayant amené la disparition de ses gros vaisseaux.

Appareil de marche pour les fractures du fémur,

M. Pierre Delbet. — Lorsque je vous ai présenté des fractures de cuisse munies d'appareil de marche, je me suis aperçu que certains de nos collègues se méprenaient sur le mode d'action de cet appareil.

« Comment voulez-vous, me disait M. Hennequin, dans une conversation particulière, agir par un appareil plâtré sur un os perdu, comme l'est le fémur, dans d'épaisses masses musculaires? »

Je n'ai pas la prétention, je n'ai pas la sottise de croire que des attelles plâtrées puissent agir directement sur les fragments osseux. L'impossibilité de la contention directe est établie depuis longtemps : je ne l'ignore pas.

Le mode d'action de l'appareil de marche est tout différent. S'il me fallait le résumer d'un mot, je dirais qu'il a pour but de *figer l'extension*. Il prend point d'appui en haut sur l'ischion et le pubis, en bas sur les condyles du fémur soigneusement moulés, et, entre ces points d'appui supérieurs et inférieurs, il tend une tige rigide qui les empêche de se rapprocher, il les fixe dans les rapports réciproques qu'on leur a donnés. Peut-être agit-il, en outre, dans une certaine mesure, sur le grand trochanter?

Ce n'est point un appareil de réduction, c'est un appareil de contention. Il reste à savoir si le mode d'action, dont je viens de vous indiquer le mécanisme théorique, fonctionne pratiquement, si l'appareil est réellement contentif. Seuls, les faits peuvent nous renseigner sur ce point.

Or, voici des radiographies qui démontrent de la manière la plus nette que l'appareil est vraiment efficace.

Ces radiographies, je les dois à M. Paul Dupuy, aide d'anatomie à la Faculté. M. Dupuy, qui a été mon interne en 1901, a continué à traiter les fractures de cuisse par l'appareil de marche que j'employais à cette époque. Il a eu l'obligeance, et je l'en remercie, de m'apporter des notes et des radiographies concernant les trois malades qu'il a traités de cette façon. Ce sont trois enfants du service de mon ami Albarran.

Le premier, un enfant de dix ans, avait une fracture extrêmement oblique. Je pense, contrairement à M. Hennequin, que, lorsqu'il n'y a pas d'embrochement musculaire, ce sont les plus faciles à réduire et à contenir, parce que les deux segments obliques se servent en quelque sorte de tuteurs l'un à l'autre. De ce malade, il n'y a pas eu de radioscopie faite avant la réduction, de sorte qu'on ne peut savoir quel était le déplacement. Le cas n'en est pas moins du plus haut intérêt au point de vue de l'appareil de marche.

Le fémur a été radiographié deux fois : la première fois, après la pose de l'appareil, mais *avant que le malade eût marché* ; la seconde fois, *après une vingtaine de jours de marche*. Sur la première, on voit que la réduction, sans être absolument parfaite, est cependant très satisfaisante. Le chevauchement qui persiste est à peine d'un centimètre et les axes sont bons. La seconde montre, et c'est là le point important, qu'après vingt jours de marche, les rapports des fragments n'ont pas changé : la réduction est restée ce qu'elle était. L'appareil a donc été réellement contentif.

Le second malade, âgé de onze ans et demi, n'a pas non plus été radiographié au début. On lui a appliqué d'abord l'appareil à extension de M. Tillaux, celui de tous qui, à mon avis, donnait les meilleurs réductions. Il a été radiographié sous cet appareil et vous pouvez voir qu'il persiste un chevauchement d'un bon centimètre. Au bout de quinze jours, M. Dupuy lui a appliqué l'appareil de marche, et une seconde radiographie a été faite après un mois de marche. Sur cette seconde radiographie, vous pouvez voir que le chevauchement est certainement moindre que sur la première. Ici encore, l'appareil a été réellement contentif.

Le troisième malade, âgé de douze ans, avait une fracture en rave de la partie moyenne. Comme chez le précédent, on a d'abord appliqué l'appareil de M. Tillaux. Sur la radiographie, le résultat de cet appareil paraît déplorable. Mais il ne faut attacher à cette épreuve aucune importance, car, pour placer la plaque sensible, on avait supprimé la traction. Cette radiographie nous renseigne donc sur le déplacement primitif et non sur les effets de l'appareil de M. Tillaux. On voit que le chevauchement est de quatre centimètres, et que les deux fragments sont très loin l'un de l'autre.

Après l'application de l'appareil de marche, deux séances de radiographie ont été faites, et chaque fois on a pris deux épreuves, l'une de face, l'autre de profil.

Sur les épreuves prises sous l'appareil plâtré, mais avant la marche, vous voyez que les deux fragments sont absolument bout à bout. De profil, les axes sont parfaits; de face, il y a un déplacement angulaire.

Sur les épreuves prises après un mois de marche, les fragments, vous pouvez le vérifier, sont restés exactement dans les mêmes rapports. Ils sont toujours bout à bout.

Ces trois faits me paraissent très intéressants. Comme on n'a pas besoin, chez les enfants, d'appareils aussi résistants que chez les adultes, c'est-à-dire de plâtres aussi épais, les radiographies sont très nettes, et M. Dupuy, ayant eu la bonne idée d'en faire faire pour chaque malade immédiatement après l'application de l'appareil, puis au bout d'un certain temps de marche, on peut voir de la manière la plus claire que la marche n'a eu aucune action sur la position des fragments, c'est-à-dire que l'appareil est parfaitement contentif.

Chez les trois malades, la consolidation s'est faite d'une manière régulière et le résultat fonctionnel est parfait.

Voilà le point capital établi. L'appareil bien fait est efficace; il immobilise réellement les fragments dans la position qu'on leur a donnée. Le malade peut marcher sans crainte de produire un déplacement secondaire. Si la réduction est bonne, le

résultat définitif est bon. Il faut donc commencer par faire une bonne réduction.

Si nous avions dans tous les services de chirurgie une bonne installation radiographique, je suis convaincu qu'avec l'appareil de marche on guérirait toutes les fractures du fémur sans aucun raccourcissement, sans aucune déviation.

Par malheur, nous n'en sommes pas là. Aussi, y a-t-il forcément dans nos réductions une part d'incertitude. Cette part d'incertitude, elle est commune à tous les appareils; elle n'est pas plus grande avec les appareils de marche qu'avec les autres.

Vous demandez à juger du résultat des appareils de marche sur des radiographies, et vous avez raison, car seule la radiographie peut nous renseigner exactement sur la situation des fragments; mais je vous demande en retour de juger également du résultat des autres appareils sur des radiographies. Si vous voulez bien le faire, vous verrez que la réduction parfaite est l'exception et qu'il est fort rare qu'on obtienne la juxtaposition bout à bout aussi exacte que celle qui a été réalisée par Dupuy sur son troisième malade dont vous avez les radiographies.

Si nous obtenons si rarement la réduction idéale, ce n'est pas qu'elle soit impossible, c'est que nous ne savons pas l'obtenir.

Il n'y a qu'un moyen de réduire les fractures du fémur : c'est l'extension. Mais l'extension n'agit guère que sur le fragment inférieur, et, pour obtenir une coaptation parfaite, il faudrait savoir quel est, dans chaque cas, la situation exacte du fragment supérieur. De cette connaissance, on pourrait déduire la position qu'il faut donner au fragment inférieur, rectitude, adduction ou abduction, rotation interne ou externe; voilà ce que nous ne savons pas encore. La radiographie nous l'apprendra. Mais comme nous l'ignorons en partie, il reste, et, tant que nous l'ignorerons, il restera dans nos réductions une part d'empirisme grossier.

L'appareil de M. Tillaux (je répète que c'est celui qui, à mon avis, donnait les meilleures réductions,) tire dans la rectitude. C'est fort bien pour les fractures qui siègent au-dessous du tiers supérieur, mais, pour les fractures sous-trochantériennes, le fragment supérieur étant en abduction avec flexion et rotation externe, on a forcément, même quand on évite le chevauchement, un déplacement angulaire assez marqué.

Avec l'appareil de M. Hennequin, très précieux chez les gens âgés, puisqu'il met à l'abri des complications thoraciques, on place le fragment inférieur en abduction plus ou moins marquée. C'est parfait pour les fractures sous-trochantériennes ou pour les fractures qui sont très obliques de haut en bas et de dedans en dehors, parce qu'alors le fragment supérieur se porte lui-même

en abduction. Mais pour les fractures qui siègent plus bas, ou qui même en remontant haut sont très obliques en bas et en dedans, le fragment supérieur se porte en dedans, comme vous pouvez le voir sur les radiographies que je vous fais passer; et alors, en plaçant le membre dans une abduction même très légère, on produit encore un déplacement angulaire.

Quand le fragment supérieur se porte-t-il en dedans? Quel degré d'obliquité faut-il pour qu'il ne puisse se déplacer en dehors? Quelle longueur de ligne âpre doit-il porter pour être entraîné en dedans par les adducteurs? Nous ne le savons pas, et c'est pour cela que la réduction devrait être faite sous la radioscopie.

Avec l'appareil de marche, on peut très aisément placer le membre dans la position qui convient le mieux à la coaptation des fragments. C'est là un premier avantage. Au point de vue des accidents thoraciques, il a les mêmes avantages que celui de M. Hennequin; il permet de les éviter au moins tout aussi bien. Mais il a deux autres avantages considérables. Une fois qu'il est appliqué, on n'a plus besoin de s'en occuper, tandis que les autres appareils exigent une surveillance quotidienne étroite. Enfin il permet la marche. M. Hennequin disait que la possibilité de la marche était presque illusoire, et d'ailleurs inutile, puisqu'en tout cas les malades ne pouvaient pas reprendre leurs occupations.

Voici la vérité sur ce point. Dans la note qu'il m'a remise, M. Dupuy a écrit que ses trois malades pouvaient non seulement marcher, mais courir, et qu'ils ne se privèrent pas de le faire. Vous avez vu sur les radiographies que ces exercices, peut-être un peu excessifs, n'ont en rien déplacé les fragments. Il est vrai que c'étaient des enfants. Sur les adultes, voici ce que j'ai observé. L'un de mes malades, aussi pusillanime que maladroit, a toujours mal marché. Il se levait tous les jours, mais se traînait misérablement avec deux béquilles. Celui-là donnait raison à M. Hennequin. Mais tous ne lui ressemblent pas. Le premier que je vous ai présenté marchait très aisément avec une seule canne. Il restait levé et circulait toute la journée. Le dernier que je vous ai présenté n'est pas arrivé à marcher sans béquille. Mais avec une seule béquille il circulait dans ses ateliers et marchait régulièrement deux heures par jour. Il a pu réellement reprendre ses occupations, et, avant-hier, quand je lui ai enlevé son appareil, il me disait avec une extrême reconnaissance: « Vous avez réellement allongé ma vie de quarante jours. » Le résultat définitif paraît excellent, mais je n'en veux rien dire parce que la radiographie n'a pas encore été faite.

Il me reste à vous donner quelques détails sur la manière d'obtenir la réduction et de faire l'appareil. Je serai bref.

C'est l'extension seule qui peut conduire à la réduction. Il y a deux principaux moyens de la réaliser.

On peut la faire, comme Döllinger, dans la suspension. C'est certainement un bon procédé. Mais les adultes et surtout les gens d'un certain âge supportent si mal la suspension que j'ai à peu près renoncé à m'en servir chez eux.

Aussi je fais l'extension dans la position horizontale. Le bassin repose sur un pelvi-support, les épaules sur un tabouret et le malade est maintenu par les aisselles. Chez les adultes à musculature puissante, je porte la traction jusqu'à trente kilogrammes.

Pour la construction de l'appareil, il y a un point d'une importance particulière : c'est la manière de prendre point d'appui sur l'ischion. Döllinger nous a appris que, pour bien s'appuyer sur la tubérosité ischiatique, il faut y appliquer fortement un gros tampon imbibé de plâtre, de manière à le mouler en quelque sorte sur l'os en déprimant les parties molles. Ce gros tampon est emprisonné ensuite dans les bandes que l'on dispose comme pour un appareil de coxalgie. Il est bon d'ajouter un autre coussinet plâtré sur la branche montante du pubis et il faut s'appliquer à bien mouler les condyles du fémur.

Je n'insiste pas sur la construction de cet appareil parce qu'il me paraît encore susceptible de perfectionnement. J'ai eu surtout pour but aujourd'hui d'établir qu'il existe un appareil qui permet de marcher tout en maintenant efficacement les fragments du fémur fracturé.

Lecture.

M. Le Fort lit un travail intitulé : 1° *Anévrisme diffus du creux poplité*; 2° *Splénectomie pour endothéliome de la rate.* — M. Legueu, rapporteur.

Présentation de malades.

Plaie du foie, trans-diaphragmatique, par arme à feu. Thoracotomie et laparotomie combinées. Suture du foie. Guérison.

M. Lejars. — Les plaies par armes à feu de la base du thorax, qui pénètrent dans l'abdomen à travers le diaphragme, soulèvent

une importante question de pratique : celle de la voie à suivre pour réaliser l'exploration intra-abdominale et, s'il y a lieu, traiter les lésions du foie, de la rate, de l'estomac, etc. On a réussi, dans un certain nombre de cas, à faire toute la besogne par le thorax, et, en élargissant la perforation diaphragmatique, on a pu suturer l'estomac ou le foie. M. Lenormant, qui a fort bien étudié ces plaies thoraco-abdominales dans un récent mémoire (1), conclut même, de l'analyse des observations publiées, que cette voie haute, transpleurale, mérite toutes les préférences.

On ne saurait, toutefois, poser de règle en pareille matière, et l'histoire du blessé que je vous présente, aujourd'hui guéri, en témoigne suffisamment.

Ce jeune homme, de dix-neuf ans, s'était tiré un coup de revolver à la base droite du thorax, en avant : l'orifice d'entrée occupait le huitième espace, à trois doigts environ du sternum, et, d'après les renseignements obtenus, l'arme avait été dirigée très obliquement en bas et en dedans. Toujours est-il que le blessé, apporté quelques heures après dans mon service, et ne présentant d'abord aucun symptôme inquiétant, était, le lendemain matin, très anhélant et agité ; le pouls était fréquent, quoique bien frappé, la douleur très aiguë, la paroi épigastrique tendue et contracturée. Il était tout indiqué d'intervenir, et ce dernier signe témoignait d'une pénétration abdominale très probable.

J'incisai d'abord au niveau du trou d'entrée, et je suivis le trajet à travers la paroi thoracique, en réséquant les deux cartilages costaux limitrophes ; j'arrivai ainsi dans la plèvre, qui contenait une abondante quantité de sang, et j'explorai soigneusement la face convexe, accessible, du diaphragme, mais sans voir nettement la perforation. Je pratiquai donc la laparotomie sur le bord externe du droit et, le ventre ouvert, il s'écoula tout de suite du sang rouge, qui provenait en abondance de la zone sous-diaphragmatique et de la partie postérieure du foie. Pour me faire du jour et me permettre d'atteindre cette région reculée, je prolongeai l'incision abdominale verticalement jusqu'à la brèche thoracique, et je fendis ce qui restait du rebord cartilagineux du thorax, et, derrière lui, le diaphragme, d'avant en arrière, dans une étendue de 5 à 6 centimètres ; j'obtins, de la sorte, deux volets qui furent rétractés à droite et à gauche et m'ouvrirent une large voie : il me devint alors possible, le foie étant abaissé par la main de mon interne, M. Lemaître, de découvrir, à la partie toute postérieure de la face convexe, une plaie étoilée, fissuraire, qui saignait tou-

(1) Ch. Lenormant. Du traitement opératoire des plaies du diaphragme *Revue de Chir.*, 10 mai 1903, nº 5, p. 617.

jours. Je parvins à la suturer avec trois gros catguts; je suturai de même la perforation diaphragmatique qui lui faisait face, et je fermai le ventre en laissant une mèche de gaze entre le diaphragme et le foie. Je réunis alors les cartilages costaux divisés et la fente diaphragmatique antérieure, et je laissai un drainage dans la plèvre.

Mon blessé a guéri assez rapidement, après quelques accidents pleuraux. Aujourd'hui, tout est redevenu normal, et l'arcade cartilagineuse, sectionnée et réunie, paraît bien reconstituée et solide.

L'opération que j'ai faite est en tout semblable à la pratique suivie par M. Terrier dans un cas qui remonte déjà à quelques années, et j'estime que, dans des conditions analogues, la double voie combinée, thoracique et abdominale, est tout indiquée; la perforation diaphragmatique était trop profonde et trop peu apparente, du côté du thorax, pour pouvoir servir à l'intervention intra-abdominale et fournir, même agrandie, une bonne voie d'accès. J'ajoute que la section verticale du rebord costal et l'entamure du diaphragme d'avant en arrière donnent beaucoup de jour, et, combinées à l'abaissement du foie, permettent d'aborder la partie toute postérieure de l'organe.

Gastrorragies de nature indéterminée arrêtées par la gastrotomie large suivie du nettoyage de l'estomac.

M. Tuffier. — Le malade que je vous présente m'avait été envoyé par notre collègue Troisier pour de formidables hématémèses qui avaient débuté le 1er juillet et qui, depuis cette époque, s'étaient reproduites à plusieurs reprises et, chaque fois, avec la même violence, au point que la vie du malade semblait gravement et immédiatement menacée.

Personnellement j'étais peu disposé à opérer ce sujet, sachant, pour l'avoir éprouvé à plusieurs reprises, qu'en pareil cas l'intervention chirurgicale est souvent plus funeste qu'utile. Je vous ai présenté ici même, l'an dernier, l'estomac d'un malade que j'avais gastrotomisé pour des gastrorragies abondantes et incessantes. Chez cet homme il m'avait été impossible, au cours de l'opération et malgré l'exploration la plus minutieuse, de trouver le point qui saignait; la mort survint quelques heures après mon intervention, je fis l'autopsie, je vous apportai l'estomac et vous pûtes vous convaincre, comme moi, que, même la pièce en main, et

au grand jour, il était très difficile de trouver l'érosion, à peine visible, qui avait été le point de départ des hémorragies. J'étais donc peu tenté d'intervenir chez ce nouveau malade, d'autant plus qu'il avait déjà été opéré il y a trois ans par M. Auvray pour une plaie perforante de l'abdomen avec lésion du gros intestin et que je craignais de me trouver en présence d'adhérences qui pouvaient singulièrement compliquer mon intervention.

J'opérai cependant cet homme — c'était le 9 juillet — uniquement, je puis dire, sur les instances de M. Troisier. Le ventre ouvert, je tombai sur un estomac énorme, long de près de 40 centimètres, que j'incisai largement suivant une ligne parallèle aux vaisseaux. J'essayai alors de procéder à l'éversion de la muqueuse gastrique, mais cette manœuvre me fut rendue quasi impossible par l'existence de nombreuses adhérences périgastriques résultant probablement de l'opération faite par M. Auvray ou tout au moins du traumatisme qui avait nécessité cette opération. Je me décidai donc à introduire la main, et je puis même dire mon avant-bras dans l'estomac, — car il y passa tout entier, — dans le but de rechercher, si possible, par le toucher l'ulcère qui pouvait être la cause des gastrorragies.

Je ne trouvai rien que de gros caillots dont l'un, énorme, gros comme une tête d'enfant, siégeant au voisinage du cardia, exhalait une odeur fétide. L'évacuation de l'estomac fut suivie d'un nettoyage minutieux de toute la muqueuse à l'aide de tampons de gaze puis je refermai le ventre. Non seulement le malade guérit de cette intervention, mais depuis cette époque il n'a plus présenté la moindre hématémèse.

Je pense que, dans ce cas, le nettoyage parfait de la cavité gastrique a suffi à lui seul à amener l'arrêt des hémorragies. C'est pour cela que j'ai tenu à vous communiquer ce fait.

Fractures de rotule et d'olécrane traitées par la ponction et la compression.

M. Chaput. — J'ai l'honneur de vous présenter une malade de vingt-huit ans qui fut atteinte l'an dernier d'une fracture transversale de la rotule avec écartement de 3 centimètres.

La malade étant diabétique, je fis la ponction et la compression du genou pendant un mois.

Le résultat a été excellent, cal fibreux *très court* (1 centimètre), et très solide, flexion dépassant l'angle droit, extension parfaite.

Cette malade avait eu antérieurement une première fracture de cette même rotule, et avait été opérée par M. Schwartz. Elle m'a déclaré qu'elle avait une flexion beaucoup moins complète après sa première fracture suturée qu'après la seconde traitée par compression.

Je vous présente encore un malade de dix-sept ans, entré l'an dernier dans mon service pour une fracture transversale de l'olécrane avec 2 centimètres d'écartement.

Comme le malade était albuminurique, je me contentai de faire la ponction et la compression du coude maintenu en extension. Au bout d'un mois le résultat était parfait : cal osseux; les mouvements furent complets presque immédiatement. Vous pouvez voir que ses fonctions sont actuellement parfaites et la force absolument normale.

Luxation traumatique de la hanche gauche chez un enfant de dix ans. Réduction après vingt-deux jours.

M. Jalaguier. — Le petit garçon que je vous présente entra dans mon service le 26 mai; il était porteur d'une luxation traumatique de la hanche gauche. Voici un résumé de l'observation recueillie par mon interne M. Hulleu.

C... (René), âgé de dix ans, entré à l'hôpital des Enfants-Assistés le 26 mai 1903. Cet enfant s'amusait, le 5 mai dernier, à pousser une voiture à bras; d'autres enfants le poussaient lui-même. Il tomba violemment sur le côté gauche, la jambe repliée sous lui. Douleur très vive, impossibilité de se relever. Ses camarades le ramenèrent en voiture chez lui où le médecin qui fut appelé ne fit pas le diagnostic, « à cause du gonflement », et se borna à faire appliquer des cataplasmes. Quelques jours plus tard, il reconnut la luxation et envoya l'enfant à l'hôpital.

Le 27 mai, on note l'état suivant : Flexion complète de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse. Rotation en dedans et adduction forcée. Saillie de la tête fémorale dans la fosse iliaque. Le grand trochanter est remonté de 5 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton. En faisant exécuter au membre quelques mouvements de rotation, on sent rouler la tête dans la fosse iliaque externe où elle semble fixée par des adhérences déjà solides.

La luxation complète est de la dernière évidence. Le 27 mai, radiographie.

Le 28 mai, anesthésie. Réduction facile, en combinant la flexion forcée, l'abduction et la rotation en dehors à la propulsion de la tête vers la cavité cotyloïde. Un claquement caractéristique accompagna la réduction.

Immobilisation dans un appareil plâtré pendant six jours. Puis, massage et mobilisation.

Le 24 juin, l'enfant marchait presque sans boiterie. Aujourd'hui, il marche d'une façon absolument normale.

Les luxations traumatiques de la hanche sont très rares chez les enfants. C'est le second cas que j'observe depuis que je m'occupe de chirurgie infantile. Ce fait méritait donc de vous être présenté.

Je vous ferai remarquer, d'autre part, combien l'épreuve radiographique que je fais passer sous vos yeux donne peu la notion exacte de l'étendue de la dislocation. On pourrait supposer, d'après cette épreuve, pourtant très bien venue, que la tête fémorale était fort peu distante de la cavité cotyloïde. On a plutôt l'idée d'une subluxation que d'une luxation véritable. Et pourtant le déplacement était très considérable, puisque la tête luxée était sentie très en arrière dans la fosse iliaque et que l'ascension du grand trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton était de 5 centimètres.

Huit épithéliomes de la même langue opérés en vingt-et-un ans.

M. Paul Reclus. — L'histoire du malade, en dehors de l'affection qui nous occupe, est simple. Rien à retenir de ses antécédents héréditaires. Pour lui, il se rappelle seulement un eczéma de l'avant-bras droit qui dura quelque temps et une bronchite assez grave qu'il eut après la guerre en 1871.

En 1863, le malade présenta pour la première fois une lésion de la langue consistant en de petites ulcérations qu'on qualifia d'aphtes, et qu'on cautérisa cependant au nitrate d'argent; on lui donna de l'iodure de K, et cela dura deux ans (?) puis disparut.

En 1871, apparaît une petite plaque de la grosseur d'une lentille et située à la partie antérieure et dorsale de la langue. Pendant longtemps le malade n'en éprouva aucune gêne; elle n'augmentait pas de volume. Mais au bout de quelques années elle commença à grossir; enfin vers 1880 elle devint douloureuse.

En 1881 fut pratiquée la première opération par M. le professeur Richet, mais la récidive fut rapide sous la même forme et au même point et une seconde opération devint nécessaire, elle fut faite encore, en 1882, par M. Richet.

La même année, nouvelle récidive, mais, à côté et plus en arrière, en outre et pour la première fois, on constate l'existence de ganglions dans la région sous-maxillaire droite. M. Humbert enleva la petite tumeur et les ganglions; il reste au cou une petite cicatrice qui témoigne de cette intervention.

Rien ne reparut jusqu'en 1887. A cette époque, nouvelle récidive, mais sans ganglions; la tumeur est enlevée par M. Reclus. Le malade reste sept ans sans voir un chirurgien.

En 1894, nouvelle récidive, nouvelle opération.

En 1898, opération au mois de mai, renouvelée la même année en novembre. Deux ans de répit; puis, en 1900, une nouvelle récidive sur le bord droit de la langue nécessite une intervention assez large.

Dans tous ces cas les ganglions n'ont jamais été repris.

Le malade n'a jamais beaucoup souffert. Il souffrait quelquefois la nuit, plus rarement au début des repas; c'est quand ces douleurs apparaissaient qu'il se livrait au chirurgien. Jamais il n'a éprouvé de gêne de la parole ou de la mastication.

Etat actuel. — La langue est, dans son ensemble, augmentée de volume et irrégulière.

Dans son quart antérieur son aspect est lisse et de coloration opaline.

En arrière, elle est labourée de sillons plus ou moins profonds et présente des plaques rugueuses, irrégulières, de coloration jaunâtre. L'une d'elles, plus volumineuse, siégeant en avant et à gauche et présentant une base résistante, va être enlevée.

L'exploration des régions sous-maxillaire et carotidienne ne révèle l'existence d'aucun ganglion.

Opération. — Anesthésie locale à la cocaïne.

La tumeur, circonscrite par deux lignes courbes formant ellipse, est enlevée largement avec le plan musculaire sous-jacent.

Suture au catgut.

Suites normales.

A la coupe, on constate un épaississement très notable de la muqueuse et déjà, à un faible grossissement, on est frappé par la ressemblance de cette coupe de muqueuse avec une coupe de peau. Il y a cutisation complète des couches superficielles de la muqueuse avec constitution d'un corps muqueux de Malpighi, d'un stratum granulosum dont les éléments cellulaires sont distendus par de l'éléidine, et d'une couche de cellules aplaties superficielles modifiée seulement dans son épaisseur. En certains points donc, la lésion se présente simplement avec les caractères d'une leucoplasie banale constituée.

Mais, en d'autres points, et en particulier au centre de la région

examinée, il y a des modifications dans la partie profonde des bourgeons épidermiques. On y voit, en effet, au niveau de leur point de jonction avec le derme des globes épidermiques, de véritables bulles écailleux de dimensions et d'âges différents, les uns encore très petits et constitués seulement par l'agglomération de plusieurs cellules épidermiques, les autres de dimensions moyennes où ces cellules ne sont déjà plus reconnaissables et qui font la transition entre les précédentes et les globes épidermiques plus grands constitués par des écailles volumineuses et dissociées.

Ces différents stades, appréciables par la coloration double à l'hématéine-éosine, sont rendus encore plus évidents lorsqu'on emploie la méthode de coloration de Van Gieson (hématoxyline-picro-carmin), qui permet de mieux voir le passage entre les stratifications cellulaires simplement entravées et celles qui sont dégénérées.

Le derme semble chroniquement enflammé avec accumulation lymphocytaire. Quant à la couche musculaire de la langue, elle est absolument intacte.

Luxation récidivante (8 fois) du maxillaire inférieur; fracture du condyle, d'un côté. Constriction de la mâchoire après la huitième luxation. Ostéotomie du col du condyle. Interposition d'un fil d'argent. Retour des mouvements.

M. E. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter ce malade dont l'observation sera publiée plus longuement.

Il a reçu, il y a huit ans, en pleine figure un coup de pied de cheval qui a produit une luxation complète du maxillaire inférieur avec fracture du condyle à droite. La luxation a été réduite sous chloroforme. Deux ans après, nouvelle luxation à propos d'un bâillement, puis, depuis, six luxations dont les deux dernières en février et mai 1903. Après la réduction de la dernière (toutes ont été réduites sous chloroforme) s'installe une constriction des mâchoires avec déviation de l'arcade dentaire inférieure en arrière, très gênante pour l'alimentation et même la phonation.

Après m'être assuré, le malade endormi, qu'il s'agissait bien d'une constriction tenant à une lésion temporo-maxillaire droite, je pratiquai l'ostéotomie du condyle et interposai entre les surfaces un fil d'argent de 1 millimètre replié, pour tenir écartées les surfaces et drainer. Mobilisation au bout de quatre jours, faite dans la suite par le blessé lui-même.

L'ostéotomie a été faite par une incision verticale préauriculaire avec recherche du nerf facial pour le ménager et le rétracter vers en bas. Malgré cela, mon opéré a eu une paralysie faciale légère qui s'amende et qui est due certainement à la traction prolongée sur le nerf. Actuellement le blessé ouvre facilement la bouche, mange facilement, et nous pouvons espérer que la luxation ne se reproduira plus.

Tétanos traumatique traité par des injections lombaires intra-arachnoïdiennes de sérum antitétanique. Guérison.

M. Walther. — Le malade que je vous présente est entré dans mon service, le 29 juin dernier, en pleine attaque de tétanos aigu à forme grave.

Sur l'avis de M. Terrier qui a bien voulu voir ce malade avec moi et m'aider de ses conseils, j'ai employé les injections intra-arachnoïdiennes de sérum antitétanique. Trois injections ont été faites : la première de 5 centimètres cubes le 1er juillet, la deuxième de 10 centimètres cubes le 2 juillet, la troisième de 10 centimètres cubes le 5 juillet. Chaque injection paraît avoir amené une amélioration notable.

Je dois ajouter qu'en même temps le malade a été soumis au traitement par le chloral à la dose de 12 grammes par jour, jusqu'à intoxication chloralique, et les inhalations de chloroforme au moment des crises convulsives.

Il est bien entendu que je ne veux rien inférer de cette guérison. Je crois que l'effet des injections a été salutaire, mais sans vouloir rien conclure de ce fait unique. Je vous présente le fait à titre de document.

Voici l'observation complète rédigée par mon interne, M. Rollin, qui a suivi le malade et pratiqué les injections :

Le nommé V..., âgé de vingt-deux ans, garçon de ferme, entre à l'hôpital de la Pitié le lundi 29 juin 1903, salle Broca, dans le service de M. Walther.

Le vendredi précédent 26, il a été mor u par un chien ; il présente sur la région antérieure de la partie mo enne de la cuisse gauche les traces de cette morsure.

Douze jours auparavant, le malade avait eu une petite plaie contuse, siégeant au niveau de la région inguinale du gros orteil du côté droit (un de ses camarades lui avait marché sur le pied nu.) Cette plaie est absolument cicatrisée à l'entrée du malade. L'ongle est sur le point de tomber.

Le dimanche 28 juin, il s'est aperçu d'une gêne marquée dans les mouvements de la mâchoire, gêne qui s'accentua si rapidement qu'au bout de vingt-quatre heures il se trouvait dans l'impossibilité d'ouvrir la bouche pour s'alimenter. Il ressentait en même temps de vives douleurs au niveau de la région épigastrique.

Malgré cet état, le malade essaye de travailler le lundi matin 29 juin. De très violentes douleurs lombaires et des crampes dans les deux membres inférieurs l'obligent à s'arrêter. Il est conduit à la Pitié, le même jour à minuit, où il est reçu par l'interne de garde, qui lui fait une *injection sous-cutanée de* 20 *centimètres cubes* de sérum antitétanique et lui administre 4 grammes de *chloral* par la voie buccale. A son entrée, il a deux crises successives de contractures localisées aux muscles du thorax et de l'abdomen. Elles durent 35 à 40 minutes. Pouls, 96.

Le mardi 30 *juin*, on constate un trismus très marqué. Le malade ne peut écarter les arcades dentaires de plus d'un demi-centimètre. Quand on cherche à abaisser le maxillaire, il se produit quelques secousses dans les masséters.

La pression sur les articulations temporo-maxillaires est un peu douloureuse. La raideur de la nuque est très accentuée, la tête est fortement renversée en arrière.

La face est rouge, vultueuse et grimaçante. Les pupilles sont dilatées, mais inégalement. Elles réagissent bien à la lumière. Il n'existe pas de traces de paralysie faciale, pas de troubles sensoriels, sauf un certain degré de photophobie.

Les mouvements spontanés des membres sont possibles. On constate de la raideur seulement à l'occasion des mouvements provoqués.

Les réflexes patellaires et tous les réflexes cutanés sont exagérés. Il en est de même du réflexe crémastérien. Hypéresthésie au moindre contact et aux différentes applications de chaud et de froid.

Dans la journée du mardi 30 juin, trois crises de crampes douloureuses et de contractures généralisées en opistothonos, renversé sur le côté gauche.

Pendant ces crises, le malade perd ses urines et ses matières. La dysphagie est très nette.

Vomissement après l'administration d'un purgatif.

Le malade est en érection; celle-ci diminue après la cessation des contractures. Urines, 750 grammes; pas d'albumine ni de sucre.

Température : matin, 37°2; soir, 37°6. Pouls : matin, 96; soir, 100.

Traitement. — Injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique, 6 grammes de chloral.

1er *juillet.* — Le malade a des sueurs abondantes dans la nuit du 30 juin au 1er juillet.

Les crises spasmodiques sont plus violentes, plus rapprochées et durent plus longtemps. De 6 heures du matin à 9 heures, le malade a six crises d'une durée d'une à deux minutes et demie. Le moindre attouchement les provoque. Elles se font toujours en opistothonos, avec pleurostothonos du côté gauche.

Pendant ces crises, la face est congestionnée, vultueuse; les pupilles se dilatent, la face est grimaçante. Les muscles de l'abdomen sont durs et tendus; le malade perd ses matières et urine sous lui. Il existe une raideur très marquée du cou; le trismus est très intense et permet à peine l'introduction des liquides entre les arcades dentaires.

De 5 heures à 8 heures du soir, sept crises très douloureuses de contractures.

Traitement : 10 grammes de chloral.

A midi, on retire par *ponction lombaire*, sous *chloroforme*, 15 centimètres cubes d'un liquide céphalo-rachidien absolument limpide, s'écoulant goutte à goutte, sans pression. On fait immédiatement une injection sous-arachnoïdienne de 5 centimètres cubes de sérum antitétanique, mélangé à 5 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. (Au moment où le malade est mis sur le côté gauche pour pratiquer la ponction lombaire, il a une crise spasmodique, pendant laquelle les muscles du cou, des mâchoires, du thorax et de l'abdomen se contractent violemment; la respiration devient très difficile, le visage se cyanose. Cette crise dure deux minutes et demie.) Le chloroforme, administré pour vaincre l'opistothonos et faciliter la ponction, est très bien supporté. Dans les deux heures qui ont suivi cette ponction, le malade n'a pas eu de nouvelle crise spasmodique.

Le *liquide céphalo-rachidien*, examiné après centrifugation, fixation à l'alcool, éther et coloration à l'éosine et à l'hématéine est normal. On voit environ deux à trois éléments cellulaires (mononucléaires) par champ du microscope; quelques globules rouges.

Température : matin, 37°6; soir, 37°8. Pouls : matin, 104; soir, 96.

Urines, 900 grammes.

Trois crises convulsives dans la nuit.

2 *juillet*. — L'état paraît stationnaire, mais le trismus est un peu moins accentué. Les contractions ne se sont pas étendues, et les membres restent intacts. Réflexes très exagérés. Impossibilité d'alimenter le malade. Une seule crise à 10 heures du matin; durée, une minute et demie. Les mouvements respiratoires se font mal et sont accélérés, vingt-cinq à la minute.

A 2 heures, deuxième ponction lombaire (chloroforme). — On retire 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, s'écoulant lentement goutte à goutte. Il est légèrement trouble et opalescent. On injecte 10 centimètres cubes de sérum antitétanique dans le canal rachidien.

Depuis l'heure de cette injection, jusqu'à 9 heures du soir, le malade n'a pas eu de crise convulsive. Le liquide céphalo-rachidien, examiné après centrifugation, montre une polynucléose abondante.

Traitement : 12 grammes chloral.

Température : matin, 38 degrés; soir, 37°8. Pouls : matin, 104, régulier; soir, 108.

Urines, 1 lit. 200; ni albumine, ni sucre. Deux crises dans la nuit du 2 au 3 juillet.

3 *juillet*. — Trois crises dans la journée : à 1 heure, 1 h. 45 et

8 heures du soir. Le trismus a diminué; l'écartement des mâchoires se fait sur une étendue de 1 cent. 1/2.

Traitement : 12 grammes chloral.

Pas de sérum antitétanique.

Température : matin, 37°9; soir, 37°6. Pouls : matin, 105; soir, 108.

L'état général paraît meilleur; le malade avale facilement des liquides.

Dans la nuit du 3 au 4 juillet, deux crises spasmodiques courtes, 50 secondes : à 1 heure et à 3 heures du matin.

4 juillet. — Crises convulsives à 7, 8 heures du matin; pas de crises jusqu'au soir.

Malgré ces deux crises de contractures, au moment desquelles la malade semble moins souffrir que précédemment, les muscles du thorax étant moins intéressés, l'état général est très amélioré. Le malade boit facilement; pas du tout de spasmes du pharynx.

Température : matin, 38 degrés; soir, 37°8. Pouls : matin et soir, 112;

Urines, 1 litre, sans albuminurie.

Traitement : 12 grammes chloral. Pas de sérum antitétanique.

5 juillet. — Dans la nuit du 4 au 5, trois crises : à 9 h. 50, 9 h. 55 du soir, et 3 h. 35 du matin.

La journée se passe sans crise jusqu'à 5 h. 50 du soir.

A 1 heure, injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique.

A 6 heures, injection intra-rachidienne sous chloroforme de 10 centimètres cubes de sérum, après avoir retiré seulement quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien, qui s'échappe d'ailleurs très difficilement de l'aiguille (12 grammes de chloral).

Amélioration notable. — Le rire sardonique est encore marqué. Mais le trismus et la raideur de la nuque ont considérablement diminué.

Urines, 1 litre.

Température : matin, 37°9; soir, 38°2. Pouls : matin, 90; soir, 110.

6 juillet. — Le trismus a presque complètement disparu, le malade écarte les mâchoires, mais il sent qu'il existe encore un certain degré de raideur dans les masséter. Alimentation facile.

Trois crises de contractures, à 10 heures du matin, à 11 heures du matin, à 1 heure du soir. (Très écourtées.)

En dehors de ces périodes, le malade présente un état d'agitation assez vive. Il fait des mouvements désordonnés des membres, malgré un état de torpeur intellectuelle très marquée; 12 grammes chloral.

Urines, 1 l. 1/2, très fortement colorées.

Température : matin, 38°2; soir, 37°8. Pouls : matin, 120; soir, 108.

7 juillet. — Pas de crises spasmodiques. Mais l'état général d'agitation continue, surtout la nuit : 12 grammes chloral.

Dix centimètres cubes sérum antitétanique en injection sous-cutanée.

Urines, 1 litre.

Température : matin, 38 degrés; soir, 37°4. Pouls : matin, 90; soir, 112.

Dans la nuit du 7 au 8, quatre crises convulsives, à 9 heures, 11 heures, 2 heures, 3 h. 30.

8 *juillet.* — Pas de crises dans la journée.

Épistaxis abondante. Le trismus s'est reconstitué, et c'est à peine si on peut introduire deux doigts entre les arcades dentaires.

Agitation. Mouvements désordonnés des membres supérieurs.

Le malade parle tout haut et veut se lever.

Urines, 1 l. 100.

Température : matin, 36°9; soir, 38. Pouls : matin : 100; soir 140.

12 grammes chloral.

9 *juillet.* — Pas de crises.

Rétention d'urine. Cathétérisme : on retire 500 grammes d'une urine très foncée. Pas d'albumine.

Pendant la journée, somnolence profonde, entrecoupée de quelques phases d'agitation et de délire, qui s'accentuent pendant la nuit.

Température : matin, 37°3; soir, 36°9. Pouls : matin, 110; soir, 110. régulier, bien frappé.

12 grammes chloral.

10 *juillet.* — Le malade n'a toujours pas de crises.

Il n'a uriné que 1/2 litre. Pas d'albumine.

Traces de sucre. — Le trismus a disparu. Le cou n'est plus raide. Contracture permanente des muscles abdominaux; 6 grammes de chloral.

Ventouses sèches sur la région lombaire. Urines, 1 l. 500.

Température : matin, 36°9; soir, 37°2. Pouls : matin, 126; soir, 170.

La nuit est très calme.

11 *juillet.* — L'agition a disparu. État d'hébétude chloralique.

Pupilles dilatées, regard vague, sans expression.

Réflexes à peu près normaux

Le malade ouvre bien la bouche, et s'alimente.

Urines, 1 l. 500.

Pas d'albumine, traces de *glucose*, 24 grammes d'urée.

Suppression du chloral.

13 *juillet.* — L'amélioration persiste. La torpeur intellectuelle diminue. Le malade se rend compte du mieux et demande à se lever.

Urines, 1 l. 1/2. Décharge d'urée, 39 grammes.

Température matin, 36°9. Pouls, 108, régulier, fort.

14 *juillet* et jours suivants. — La guérison paraît complète. Plus de trismus. Un léger degré de contracture de la paroi abdominale. Le malade se lève et circule dans la chambre. Sommeil excellent.

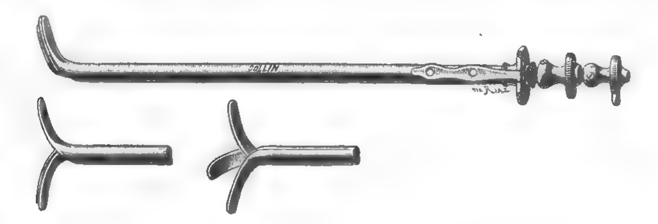
Réflexes normaux.

Température oscille entre 37° et 37°8.

M. Schwartz. — Au point de vue de la terminaison des contractures par les muscles de l'abdomen, je dois dire que c'est presque la règle. Je l'ai observée au moins deux fois.

Présentation d'instrument.

M. F. Legueu. — Je vous présente un instrument dont je me sers depuis quelque temps pour mes opérations sur la prostate, et que j'ai fait construire par M. Collin. Il est une modification des désenclaveurs actuellement en usage. Il se distingue de ces



derniers en ce qu'il se compose de trois branches lorsqu'il est ouvert, et, grâce à ces trois branches, il donne une action très puissante sur les trois lobes de la prostate et permet de l'amener complètement à l'extérieur.

L'opération gagne ainsi beaucoup en simplicité et en facilité.

Une fois que la prostate est enlevée, le désenclaveur sert encore pour abaisser le col et faire sur lui les sutures qui sont nécessaires.

Présentation de pièces.

Néphrectomie.

M. Paul Segond présente la radiographie d'un très volumineux calcul du rein gauche, qu'il a enlevé par néphrotomie, le 26 avril dernier. L'opéré, âgé de cinquante-deux ans, souffrait de son calcul depuis sa première enfance. L'observation sera publiée ultérieurement.

Lobe surnuméraire du foie.

M. Walther. — Le lobe hépatique que je vous présente a été enlevé par moi chez une femme de quarante-et-un ans, marchande foraine, entrée dans mon service à l'hôpital de la Pitié, le 8 mai dernier, pour des accidents simulant une cholécystite aiguë.

Cette femme, de bonne constitution, sans autre maladie antérieure qu'une bronchite à l'âge de vingt ans, souffrait, depuis l'âge de treize ans, de douleurs au niveau du foie, irradiant vers l'épaule droite et revenant sous forme de crises. Les crises apparaissaient tous les quatre ou cinq ans, duraient trois ou quatre jours, et s'accompagnaient d'une tuméfaction de l'hypochondre droit; jamais d'ictère.

Le 2 janvier dernier, crise plus forte que les précédentes, douleurs très violentes, avec fièvre; la malade, au bout de quelques jours, entre à la Pitié dans le service de M. Robin, où elle est traitée par des purgatifs répétés et des injections de morphine. Au bout de quinze jours elle quitte l'hôpital, mais pas complètement guérie. Rentrée chez elle, elle est reprise de douleurs assez vives, et, le 28 avril, elle entre à l'hospice de Bicêtre où M. Riche lui propose une opération. Mais elle quitte brusquement le service de M. Riche et se présente le 8 mai à la Pitié.

A ce moment, mon interne, M. Wagon, constate une douleur hépatique et surtout sous-hépatique très vive avec augmentation de volume du foie et présence, au-dessous de son bord antérieur, d'une tumeur volumineuse qui semble nettement être une vésicule distendue.

Sous l'influence du repos, de la diète lactée, de l'application permanente de glace, la douleur diminue, la tumeur diminue et disparaît. La malade, profondément éthylique, reste pendant quelques jours très agitée.

Le 20 mai, les douleurs reparaissent brusquement et la tumeur avec elles, aussi grosse, aussi saillante; défense musculaire très accentuée, nausées, vomissements.

Les urines sont troubles, mais peu foncées, avec un reflet légèrement verdâtre, ne contiennent pas de sucre ni d'albumine; urée 12 grammes par litre; 1,250 grammes d'urine dans les dernières vingt-quatre heures.

La laparotomie est pratiquée le jour même.

Incision sur le milieu du grand droit. A l'ouverture de l'abdomen, je constate que le foie est gros très congestionné; mais la vésicule biliaire est absolument saine, petite, dépressible.

Sous le foie, à droite de la vésicule, je découvre la tumeur qui n'est autre chose qu'un gros lobe surnuméraire du foie. Ce lobe est quadrangulaire, large de 8 centimètres, long de 15 centimètres environ, épais de deux travers de doigts à sa base, de trois travers de doigts à son extrémité libre. Il se détache de la face inférieure du lobe droit par un pédicule de deux travers de doigt d'épaisseur et de quatre travers de doigts de largeur. Ce pédicule est situé un peu à droite du col de la vésicule.

Ce lobe hépatique est appendu sous le foie et mobile en battant de table. Quand on le redresse, il dépasse environ de deux travers de doigts le bord antérieur du foie. Les accidents douloureux, l'apparition de la tumeur, correspondaient donc au redressement de cette grosse masse hépatique.

Au-dessous, je trouve un rein très gros, très mobile, et il est vraisemblable que c'est ce gros rein qui refoulait en se déplaçant le lobe hépatique et le redressait.

J'ai fait la résection de ce lobe, ou du moins de ses deux tiers antérieurs environ. Au niveau de son tiers postérieur, je plaçai d'abord quatre sutures imbriquées de gros catgut, ligatures suffisamment serrées pour assurer l'hémostase, mais pas trop pour ne pas sectionner le tissu très congestionné et un peu gras de ce foie alcoolique.

Les ligatures serrées, je fis la résection en coin et réunis les deux lèvres ainsi formées par une série de sutures au catgut fin.

Je laissai un drain sous le foie, pour le cas où il y aurait un peu de suintement sanguin.

Les suites furent très simples et la malade est aujourd'hui complètement débarrassée de ses douleurs, et guérie de ses habitudes d'alcoolisme. Elle est venue ce matin me voir à la Pitié. Elle porte une ceinture pour soutenir son rein qui a du reste diminué de volume.

Vous voyez le lobe hépatique enlevé. Il est épais, carré, mais considérablement rétracté par le séjour dans une solution trop forte de formol.

L'examen histologique que je dois à l'obligeance de M. Gauckler, interne en médecine, a montré seulement des lésions banales de dégénérescence graisseuse, sans aucun caractère particulier.

Tumeur mixte du voile du palais.

M. Pierre Sebileau. — J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de mon ami Demoulin et en mon nom, une tumeur du voile du palais dont j'ai pratiqué l'extraction, il y a cinq jours, sur une jeune fille d'une quinzaine d'années que quelques-uns d'entre vous ont examinée, d'ailleurs, mercredi dernier. Les avis, sur son cas, étaient partagés : certains pensaient à une tumeur maligne de l'amygdale, d'autres à un néoplasme du voile, et nous étions de ces derniers, Demoulin et moi. Nous avions même, ainsi qu'un certain nombre d'entre vous, porté le diagnostic de tumeur mixte du voile, malgré l'ulcération large que cette tumeur portait à sa

face inférieure et qui lui donnait quelque ressemblance avec un épithélioma.

Cette tumeur est grosse comme une mandarine; elle est très dure, bosselée, très noueuse. On aperçoit encore à sa surface des lambeaux de la coque celluleuse qui l'enveloppait. Je ne puis dire de quelle nature elle est, l'examen histologique n'ayant pas encore été pratiqué. Je l'ai enlevée très rapidement et, je dois le dire, sans difficultés, avec l'assistance de mon interne et des internes de Demoulin, qui, dans un esprit de désintéressement et de bonne camaraderie dont je lui suis reconnaissant, m'avait confié l'opération.

La tumeur faisait dans la bouche une saillie énorme; en l'examinant avec soin, on se rendait bien compte que, si elle atteignait l'amygdale, elle en était cependant indépendante. En travers, elle occupait presque toute l'étendue du voile; d'avant en arrière, elle allait du bord postérieur de la voûte à la luette. Elle remplissait une partie de la bouche et du cavum; mais la rhinoscopie et le toucher indiquaient qu'elle ne diffusait pas dans celui-ci; elle apparaissait ainsi strictement limitée au voile dont elle suivait d'ailleurs les mouvements. En dehors, elle paraissait adhérer à la paroi latérale du pharynx avec laquelle elle se continuait. Sur sa portion buccale, elle était ulcérée dans une assez large étendue; mais cette ulcération n'était ni fongueuse ni bourgeonnante et semblait ne porter que sur la muqueuse du voile nécrosée par l'application du feu.

Mon plan opératoire fut celui-ci : essayer l'énucléation et, au cas où celle-ci serait impossible, pratiquer l'ablation totale du voile. Craignant qu'une hémorragie éventuelle pût, au cours de l'intervention, m'exposer à un tamponnement extemporané, je décidai de mettre à nu la trachée pour exécuter, si besoin survenait, une bouche aérienne dans de meilleures conditions de sécurité et de rapidité.

Mais un nouvel examen de la tumeur sur le sujet anesthésié m'inspira quelques craintes et, de concert avec Demoulin, redoutant la nécessité de l'ablation totale du voile et d'un tamponnement buccal, j'abandonnai mon premier plan et je pratiquai la trachéotomie totale.

J'incisai le voile dans toute son étendue; je décollai la tumeur et la saisis avec une pince à traction; puis, je tirai fortement sur elle; en quelques coups, je pus, à l'aide de l'index, l'énucléer, même du côté externe où, comme je l'ai déjà dit, elle paraissait adhérer au pharynx; cela fut très rapide et, au résumé, très facile.

Il n'y eut pas de sang, et je pus faire la plastique du voile par une suture immédiate; la tumeur s'étant creusée une véritable

niche dans le voile, je pris la précaution, pour éviter la rétention dans celle-ci, de faire un capitonnage, en prenant dans l'anse des fils toute l'épaisseur de l'organe. La suture fut un peu irrégulière, en raison de l'ulcération de la muqueuse et de la résection que je dus faire des bords infectés de cette ulcération.

La trachéotomie préalable avait donc été une opération inutile, et je regrettai de ne pas m'en être tenu à mon premier projet, la simple mise à nu de la trachée.

Mais je dois dire que cela n'eut aucune importance. Je pratiquai, en effet, la suture immédiate de la trachée. Après m'être rendu compte, à l'aide d'un miroir qui resta limpide, qu'il ne passait plus d'air par la plaie trachéale, je fis par-dessus cette plaie trois plans de suture : suture thyroïdienne, suture musculaire et suture cutanée. Je ne pratiquai aucun drainage, recommandant à mon interne de veiller à l'emphysème. Il n'y en eut pas la moindre trace.

La jeune fille peut être considérée comme guérie.

La prochaine séance aura lieu le mercredi 7 octobre.

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 7 OCTOBRE 1903

Présidence de M. Kirmisson.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques des deux derniers mois ;

2°. — Une lettre de M. Brun qui demande un congé d'un an, pour raisons de santé ;

3°. — Une lettre de M. Delorme qui, retenu par ses fonctions militaires, demande un congé de six mois.

4°. — Une lettre de M. Jalaguier qui demande un congé d'un mois pour raisons de santé.

A propos de la correspondance.

M. Walther dépose sur le bureau un travail du D[r] Djemil Pacha (de Constantinople), intitulé : *Manche métallique servant de porte-crayon dans la bronche droite d'un enfant.* — Le travail du D[r] Djemil Pacha est renvoyé à une Commission dont M. Walther est nommé rapporteur.

M. le Président fait part de la mort de M. Chalot, professeur suppléant à Toulouse, membre correspondant de la Société, et de M. Maydl, chirurgien de l'hôpital de Prague, membre associé étranger.

M. le Président déclare vacante une place de membre titulaire de la Société de chirurgie de Paris. Les candidats ont un mois pour faire acte de candidature.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur les complications parotidiennes des otites et le traitement des otorrhées chroniques,

M. Lucien Picqué. — Dans la séance du 7 juillet, j'ai eu l'honneur de vous présenter en collaboration avec M. Toubert un travail sur un cas de parotidite d'origine otique.

Nos conclusions étaient les suivantes et je désire les reproduire aujourd'hui devant vous.

1° Une longue série de suppuration n'a pris fin que le jour ou une mastoïdite latente a été diagnostiquée par l'intervention et guérie par celle-ci.

2° La parotidite pouvant être aussi bien l'effet que la cause de l'otite, il y a lieu de pratiquer l'examen de l'oreille en pareil cas, ce qui n'a jamais été fait systématiquement jusqu'ici.

3° Les aliénistes et les chirurgiens doivent retenir ce fait qu'une aliénée a guéri au point de vue mental après guérison d'une mastoïdite latente.

Dans la séance du 22 juillet notre collègue Sebileau a pris longuement la parole à propos de cette communication, et j'ai eu d'autant plus de regret de ne pouvoir lui répondre avant les vacances qu'il a formulé des opinions que je ne puis accepter sans réserve.

J'aurai vivement souhaité, je l'avoue, que notre distingué collègue, qui dirige dans nos hôpitaux un grand service d'oto-rhino-laryngologie, limitât son argumentation à nos conclusions mêmes.

Or de la troisième conclusion (rapport des otites avec les troubles cérébraux) il ne nous dit rien ; il s'agit là cependant d'un point d'une portée considérable, et de faits qu'il a eu certainement l'occasion d'observer.

Pour ma part, je tiens à souligner de nouveau cette conclusion pour qu'elle ne tombe pas dans l'oubli.

Quant à la première conclusion (rapport entre l'otite et certaines

parotidites), M. Sebileau nous dit n'avoir jamais observé de cas de ce genre.

Il pense *a priori* que les complications parotidiennes des otites sont fort rares; et nous sommes de son avis. Or il nous explique cette rareté en invoquant la défense de la muqueuse contre les infections lymphatiques par une abondante suppuration.

Nous ne pouvons nous contenter de cette ingénieuse hypothèse sur le mode de défense des territoires lymphatiques péri-auriculaires et nous demandons que la preuve, touchant la rareté des parotidites d'origine otique en soit faite *a posteriori*, c'est-à-dire après avoir recueilli, classé et analysé un assez grand nombre d'observations. Il résulte en effet d'une série de recherches faites par l'un de nous (Toubert, *Revue hebdomadaire de laryngologie*, février 1903), à l'occasion d'un travail récent que dans les observations où l'on signale la coïncidence des suppurations auriculaires et parotidiennes, l'examen de l'oreille n'a pour ainsi dire jamais été fait. Voilà le point spécial que nous avons apporté à cette tribune. Il y a là une véritable lacune à combler. M. Sebileau sera le premier à le reconnaître.

Notre collègue analysant ensuite notre observation trouve qu'elle ne présente « aucun caractère d'authenticité ni de garantie désirable ».

Certes, si notre cas avait été typique au point de vue de l'étude clinique et thérapeutique, il nous eut paru inutile peut-être de le publier à la Société de chirurgie.

Tout son intérêt vient précisément des incertitudes mêmes du diagnostic et de leur répercussion sur le traitement opératoire, et c'est à ce point de vue surtout qu'il nous a paru instructif et digne de vous être présenté.

Nous continuerons donc à penser, malgré les critiques parfois un peu vives de notre collègue, que cette observation publiée *sans retouche et telle qu'elle a été recueillie au jour le jour*, si elle n'est pas impeccable, n'en est pas moins utile, comme document à apporter à l'étude de cette question. Si dans notre cas, j'ai déclaré d'abord la suppuration de l'oreille consécutive à celle de la parotide, c'est surtout parce que les difficultés fort grandes inhérentes à l'examen subjectif et objectif d'une aliénée ne me permettaient pas de trouver au *premier examen*, les symptômes cardinaux d'une otite suppurée typique. Mais ne sait-on pas combien sont fréquentes les otites chroniques tout à fait muettes, celles dont l'indolence est absolue et la suppuration si minime qu'elle se concrète aussitôt et ne se fait pas jour à l'extérieur. Et c'est parce que l'exploration par le conduit a révélé une « por-

tion dénudée » parce que l'exentération de la caisse a ramené des « fongosités » que j'ai fait rétrospectivement le diagnostic d'otite chronique et admis à la réflexion que la parotidite avait succédé à l'otite au lieu de l'avoir précédée.

Quant aux autres remarques de notre collègue sur le même cas, elles me paraissent plus tendancieuses que concluantes. Pour ce qui est de l'infection de l'antre par le curettage de la caisse, je ne saurais l'admettre. Non seulement il y a là, à mon sens, une erreur de thérapeutique générale, mais j'ai eu trop souvent l'occasion de pratiquer cette opération pour accepter cette explication.

Quant à la large dénudation de l'angle de la mâchoire, elle fut trop rapidement guérie par la suppression de l'écoulement pour qu'on ne doive admettre une lésion secondaire et non pas primitive.

Notre première conclusion ne nous paraît donc pas touchée par l'argumentation de M. Sebileau, et nous devons, sous les réserves que nous avons formulées et en attendant de nouveaux faits, tenir pour vraies les complications parotidiennes de l'otite.

Notre collègue s'écartant alors de l'objet même de notre communication, s'est appliqué longuement à discuter des questions relatives aux indications opératoires et à la technique, et bien que nous n'ayons eu nullement en vue le traitement des otites, nous le suivrons néanmoins dans les détails où il s'est complu à nous conduire, parce que nous ne pouvons accepter les arguments qu'il a cru devoir opposer à notre pratique.

Au point de vue des indications opératoires, notre collègue a fait une confusion entre les mastoïdites chroniques et les mastoïdites aiguës. Notre collègue, dans son argumentation, n'a en effet en vue que les dernières, alors que dans notre cas, il ne s'agit que d'une mastoïdite chronique ou latente.

N'insiste-t-il pas, d'ailleurs, pour établir ce diagnostic et regretter que nous n'en ayons pas fait état dans notre observation « Sur la douleur spontanée et provoquée, la température, la chute de la paroi postéro-supérieure du conduit, l'effacement du sillon auriculo-mastoïdien, l'abduction du conduit, le gonflement mastoïdien et l'œdème des parties molles », tous symptômes bien connus, mais dont nous n'avions pas à tenir compte, puisqu'il ne s'agissait chez ma malade que d'un cas chronique.

On ne ramène pas « de fongosités » d'une cavité infectée depuis plusieurs semaines seulement, et l'exploration préopératoire ne conduit pas sur un point dénudé du squelette si l'otite n'est pas franchement chronique.

Or, si dans les cas aigus, où les symptômes sont si nombreux,

« la suppuration est banale », ce que je lui concède bien volontiers, il n'en est pas de même dans les cas chroniques où elle constitue le plus souvent alors le seul signe appréciable, et l'on ne peut plus dire « qu'elle ne sert ni à établir le diagnostic ni à justifier une opération. »

Laissons donc de côté les mastoïdites aiguës et leurs symptômes spéciaux qui n'ont, je le répète, rien à faire dans le débat actuel, et appliquons-nous simplement à l'étude des mastoïdites latentes, et surtout aux cas où il n'existe pas de symptômes apparents de mastoïdite, et où tous les symptômes objectifs se résument à l'écoulement du pus, dont l'abondance constitue encore, malgré l'affirmation contraire de M. Sebileau, un caractère important.

Or, voici ce que la pratique nous a appris :

Quand la mastoïde ne renferme que du pus qui a reflué de la caisse (empyème mastoïdien) et qui y repasse librement, il est évident qu'il faut s'abstenir : tout le monde est d'accord sur ce point.

Mais quand il y a antrite et cellulite, l'intervention est pour moi indiquée dès que le diagnostic est posé, et je ne crains pas de dire qu'il doit en être de même dans les cas plus fréquents où il existe un doute. Un antre bourré de fongosités, des cellules mastoïdiennes disséquées par le pus, ne peuvent guérir par le drainage spontané dont la voie unique est le canal tympano-mastoïdien, normalement étroit, rétréci en outre par l'enclume, et de plus situé toujours au point le plus défavorable du foyer purulent, en haut et en avant, fatalement à l'opposé du point déclive, que le malade soit debout ou couché.

Or, je le répète, s'il est des cas où l'empyème mastoïdien se distingue de l'antrite et de la cellulite mastoïdiens, il en est d'autres où le diagnostic différentiel est impossible, où, comme dans notre cas, les signes classiques de la mastoïdite font tous défaut. Et l'on viendrait, à l'époque où la chirurgie s'autorise à bon droit de pratiquer partout des incisions exploratrices, nous objecter, pour s'abstenir, la prétendue difficulté de ce diagnostic, et la gravité d'une opération aussi simple qu'est l'évidement pétro-mastoïdien dans les cas ordinaires, et exposer le malade à toutes les complications endocrâniennes de la mastoïdite.

J'estime qu'alors, reprenant la formule si expressive de Schwartze, il faut, dans les cas douteux, faire le diagnostic au ciseau.

D'ailleurs, le mémoire classique de Broca et Lubet Barbon renferme plusieurs observations de mastoïdite latente dans lesquelles l'antrotomie fut faite après l'atticotomie.

J'ai eu moi-même dans deux cas récents de mastoïdite latente, l'occasion de pratiquer à Bichat et avec succès l'antrotomie ; il

n'existait chez ces deux malades d'autres signes objectifs que l'écoulement abondant de pus.

Dans le premier, je fis le diagnostic d'abcès intracrânien, en m'appuyant sur l'intensité des phénomènes douloureux et la fièvre. Il n'existait aucun signe mastoïdien.

Je recourus, pour arriver sur la collection intracrânienne, au procédé mastoïdien que j'ai décrit avec Fevrier dans mon mémoire de 1892.

L'antre était rempli de pus, et je trouvai l'abcès au niveau du genou du sinus latéral. Le malade guérit. Cette mastoïdite sans symptômes avait déterminé la complication intracrânienne.

Dans un deuxième cas, datant de quelques semaines, le malade présentait seulement quelques douleurs et du vertige cérébelleux. Suppuration abondante de l'oreille. Aucun phénomène mastoïdien. M'appuyant sur l'abondance même du pus, je pratiquai l'antrotomie ; l'antre était rempli de pus, et le malade guérit.

Je pourrai d'ailleurs opposer aux cas de guérison par le drainage spontané que nous a apportés ici notre collègue, de nombreux faits où des malades longtemps et très insuffisamment traités par les méthodes ordinaires sont venus dans mon service avec des abcès cérébraux.

J'estime au résumé que si, dans les mastoïdites chroniques, il est des cas difficiles, on est en droit d'intervenir par une opération exploratrice, que cette intervention est légitime et nécessaire pour éviter au malade les chances possibles d'une complication intracrânienne, et qu'on est en droit de se baser sur le peu de gravité d'une intervention que notre collègue, pourtant si habile, se plaît à tort, selon moi, à considérer comme sérieuse. J'affirme enfin, en m'appuyant sur mon expérience et celle de beaucoup d'autres, d'ailleurs, et en me servant de son expression même, que l'abstention est, dans les cas douteux, plus dangereuse que l'intervention.

J'arrive enfin à la technique opératoire et j'avoue avoir été quelque peu surpris des critiques que M. Sebileau a adressées à une pratique qui ne m'est nullement personnelle, mais que j'ai adoptée depuis longtemps parce qu'elle est préconisée par des spécialistes dont le nom fait justement autorité dans la science.

M. Sebileau parlant du curettage de la caisse dit qu'il s'agit « d'une méthode condamnable » quand on l'applique aux cas aigus, et j'ai déjà prouvé que dans mon cas la mastoïdite était absolument chronique. Dans ces derniers cas, notre collègue ne lui accorde toutefois que des indications exceptionnelles. Quant à notre technique, elle est désapprouvée par lui et il semble considérer l'évidement pétro-mastoïdien ou plus explicitement l'artro-

atticotomie de Schwartz comme le procédé idéal. Tout en appliquant ce procédé dans un grand nombre de cas, je ferai toutefois remarquer à notre collègue que nombre d'auristes depuis Stacke, persistent à considérer comme logique les procédés qui consistent à aborder la caisse la première avec ou sans résection des parois du conduit auditif osseux et à n'aller vers l'antre par l'aditus que si les lésions constatées invitent à le faire ou si une atticotomie antérieure n'a pas amené la guérison de la suppuration.

Donc le curage de la caisse « dernière » préconisé par notre collègue ne peut être considéré comme le seul procédé applicable.

Nous rappellerons du reste à ce sujet les faits que Bonain (de Brest) a rapportés en mai 1900 à la Société française d'otologie. Sur 25 malades atteints d'otite fongueuse et traités par le curettage de la caisse pratiqué directement par le conduit sans opération préalable, cet auriste en a revu 13 complètement guéris, 5 en voie de guérison, 3 non guéris; 4 ont été perdus de vue. Ces résultats obtenus par une méthode relativement conservatrice ne sont pas à dédaigner et concourent à relever plutôt qu'à discréditer « l'exentération » de l'oreille moyenne que M. Sebileau paraît vouloir répudier.

J'ai retrouvé moi-même deux cas opérés par moi de cette façon au pavillon de chirurgie et qui ont bien guéri.

Que notre collègue veuille faire du curettage de la caisse le dernier temps d'une opération plus complexe : soit, mais qu'il ne traite pas d'irrationnelle une pratique qui a donné entre d'autres mains d'excellents résultats.

Quant au mode d'élargissement de cette voie naturelle que M. Sebileau qualifie » d'aveugle procédé d'un effondrement atypique de la paroi postérieure du conduit » et de « méthode condamnable », il est au contraire considéré comme une technique de choix tout au moins comme temps initial de l'évidement pétro-mastoïdien sous le nom « d'évidement intermédiaire », et qualifié « d'acte bien plus facile que le Stacke, bien plus inoffensif que le Schwartze », dans un livre des plus estimés et des plus répandus parmi les auristes (Lermoyez et Boulay, *Thérapeutique des maladies de l'oreille*, t. II, p. 117).

M. Sebileau s'étend aussi sur les dangers de blessure du facial pour combattre cette intervention.

Je suis réellement surpris d'entendre présenter par lui un tel argument. Pour ma part, j'avoue que cette crainte ne me préoccupe guère actuellement dans mon service de Sainte-Anne où je suis obligé de m'occuper beaucoup des maladies chroniques de l'oreille en raison de leurs rapports avec certains troubles de l'idéation, il ne m'est pas arrivé de blesser une seule fois le facial.

Il y a bien aussi la crainte de l'étrier, dont M. Sebileau ne nous parle pas et qui a cependant son importance.

Quant à l'étendue de la brèche mastoïdienne, je partage absolument le même avis que MM. Sebileau et Broca. Dans un cas de Bichat déjà cité, j'avais effondré toutes les cellules mastoïdiennes et M. Toubert, dans l'opération qu'il a faite sur ma malade, a évidé toute l'apophyse jusqu'à la pointe et exploré les groupes cellulaires avec d'autant plus de soin que ses recherches antérieures (Contribution au diagnostic des cellulites mastoïdiennes postérieures (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, etc. juin 1902), lui avaient démontré combien certaines cellulites, les cellulites postérieures en particulier, échappent facilement à l'intervention. J'ai rapporté moi-même le travail à la Société de chirurgie.

Messieurs, ma réponse a peut-être été un peu longue et je m'en excuse, mais j'ai tenu à vous montrer que notre observation ne mérite pas toutes les critiques de M. Sebileau, ni au point de vue thérapeutique ni au point de vue clinique.

Il semble d'ailleurs n'y avoir entre lui et nous que des divergences de détail sur l'interprétation de symptômes ou sur la technique opératoire, et nous croyons qu'une lecture attentive de toutes les pièces relatives à ce débat suffiront à mettre impartialement toute chose au point.

M. PIERRE SEBILEAU. — La réponse de M L. Picqué me donne un regret et une satisfaction : le regret que notre collègue ait pu voir quelque amertume dans mes paroles, malgré le soin que j'ai pris de répéter que celles-ci s'élevaient au-dessus d'une critique chirurgicale personnelle pour viser seulement le dangereux enseignement qui découlait, à mon avis, d'une observation lue à cette tribune ; la satisfaction de pouvoir aujourd'hui, toujours en dehors de tout esprit de polémique, garder dans ce petit débat, où il importe de revenir à des faits précis et de ne pas s'égarer, après coup, dans des digressions un peu obscurcissantes, la position très ferme que j'y ai prise la dernière fois. J'ai dit et je répète :

Premier point. — S'il est vrai que la coexistence des mastoïdites et des abcès cervicaux soit une chose banale, en revanche, les suppurations adéno-parotidiennes par propagation lymphatique à la suite des infections de la caisse sont excessivement rares ; à dire vrai, je n'en ai jamais observé ; pour admettre une complication de cette sorte, relevant de cette pathogénie évidemment très simple, il faut un fait clair, précis, bien observé. Or, celui qui nous a été ici présenté est bien la confusion même, et je pense que j'aurais mauvaise grâce à le démontrer à nouveau,

puisqu'il n'y a, pour s'en convaincre, qu'à en faire la lecture et que, d'autre part, si j'ai bien entendu, notre collègue veut bien convenir euphémiquement que son observation n'est pas « impeccable ».

Deuxième point. — Sur un malade qui n'a, d'autre part, aucun signe de mastoïdite, l'abondance de la suppuration par le conduit ne suffit, ni à établir le diagnostic de mastoïdite, ni surtout à justifier la trépanation mastoïdienne. Et cela s'applique aussi bien, il importe que notre collègue ne l'ignore pas, aux otites franchement aiguës qu'aux otites simplement réchauffées. Qu'il soit raisonnable de prendre en considération cet écoulement qui est souvent en rapport avec une participation de la muqueuse antrale à l'infection : Broca et moi l'avons dit, chacun à notre tour, à la dernière séance. Mais qu'on s'autorise de lui pour trépaner la mastoïde quand il n'y a, d'ailleurs, aucun autre signe de mastoïdite, et cela sur une malade si imparfaitement examinée qu'on lit dans l'observation qui la concerne l'extraordinaire phrase suivante : « Mené prudemment dans le conduit, le stylet arrive sur une portion dénudée *qu'il n'est pas possible de préciser* » ; enfin, qu'on décide cette intervention presque au lendemain du jour où on a fait, non sans apparence de raison, le diagnostic de parotidite ouverte dans le conduit : eh bien ! cela est une dangereuse clinique, et un exemple à ne pas suivre. Du reste, malgré qu'il s'en défende, notre collègue est, en pratique, ce qui importe, de mon opinion. Que fait-il, en effet ? Il décide la trépanation mastoïdienne, incise le périoste, rugine l'os, puis, subitement, se ravise, s'arrête et abandonne la mastoïde. Il eût autant valu ne pas commencer.

Troisième point. — En revanche il pratique, extemporanément, par une sorte de Stacke large atypique et aveugle, un curage complet de la caisse (fongosités et osselets) après avoir *effondré* la paroi postérieure du conduit. J'ai dit que de cette pratique découlait un pernicieux enseignement ; je le redis. Notre collègue pense justifier cette opération en affirmant qu'il s'agissait, dans l'espèce, d'une otite chronique. D'abord cela ne justifie rien ; pas un chirurgien n'est autorisé à faire un curage de la caisse par effondrement de la paroi postérieure du conduit, quelque soit le procédé qu'il emploie, pour une otite suppurée chronique, sans avoir dûment et à plusieurs reprises exploré la caisse, les parois de celle-ci, les osselets, l'attique, les fistules du conduit, etc., etc., et sans avoir fait un diagnostic précis, lequel, dans un nombre considérable de cas, ne comporte pas d'intervention chirurgicale avant l'emploi, qu'il faut quelquefois prolonger longtemps, des pansements méthodiques. D'ailleurs, ici la chronicité ne

pourait être que fictive; de l'otite dont il s'agit on ignorait tout, même qu'elle eût jamais existé, puisqu'avant le jour où, suivant la première et plausible hypothèse de notre collègue, le pus d'une parotidite se fit jour dans le conduit externe de l'oreille, celle-ci n'avait jamais été examinée et que, d'autre part, ni les infirmières, ni le chirurgien, ni ses assistants (qui pourtant avaient opéré dans la région), n'avaient vu le moindre écoulement, ni perçu la moindre fétidité (cette dernière est si fréquente dans les vieilles otites non pansées!)

Il a été dit ici, tout à l'heure, qu'il était sans danger pour le facial « d'effondrer la paroi postérieure du conduit et, par la brèche ainsi faite, d'aller pratiquer le curage total de la caisse ». Mon anatomie n'est pas, à beaucoup près, sur ce point, la même que celle de mon collègue, et je ne le regrette pas. Il ne m'en voudra pas de le lui dire et de lui affirmer que cette intervention pratiquée, comme il paraît certain qu'il l'a pratiquée, sans éclairage artificiel, à l'aveugle, avec les curettes chirurgicales ordinaires, fait courir au facial des risques sévères, même quand le chirurgien les méconnaît. Il veut bien cependant plaindre un peu le labyrinthe; en quoi je fais comme lui,

Quatrième point. — J'ai dit, enfin, que quand on a décidé de pratiquer une trépanation mastoïdienne, il faut la faire et ne pas tourner court après l'incision du périoste parce que la « corticale paraît intacte », car, dans la grande majorité des cas, si on opère à temps, cette corticale n'est pas atteinte. « C'est au chirurgien, disais-je, à ne trépaner qu'après un bon diagnostic; mais rester en route, sous prétexte de corticale saine, c'est exposer presque fatalement le patient, à moins qu'on n'ait pris le bistouri sans raisons suffisantes, aux risques d'une seconde opération et d'une intervention malheureusement retardée. » Sur ce point, notre collègue désormais convaincu, est, maintenant, de l'avis de tout le monde; je n'ai donc pas à insister.

En terminant, je voudrais, au moins, le tranquilliser : d'abord, en lui donnant l'assurance que je n'ignore rien de la littérature chirurgicale qu'il a bien voulu me rappeler, mais qui, n'ayant malheureusement rien à voir avec sa première observation, m'a mis dans la nécessité d'affirmer mes critiques; ensuite, en lui renouvelant le vif désir où je suis qu'il ne voie dans mes paroles rien autre chose qu'une discussion d'ordre purement scientifique et d'intérêt chirurgical.

M. Picqué. — Il ne saurait être invoqué de questions de personne avec mon aimable collègue Sebileau.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit. Ceux de nos collègues

que cette question intéresse, trouveront dans ma communication d'aujourd'hui la réponse à ce que vient de dire notre collègue.

Rapports.

Double fracture verticale du bassin. Rupture intra-péritonéale de la vessie. Laparotomie cinquante-six heures après l'accident. Guérison, par M. LAFOURCADE (de Bayonne).

Rapport par M. BAZY.

L'observation de M. Lafourcade est un heureux exemple de l'utilité des interventions, même tardives, dans les ruptures de la vessie ; elle montre que, dans les cas en apparence désespérés, on peut encore agir utilement.

Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, qui est pris dans un éboulement et recouvert d'une masse de terre de 2 mètres de haut environ.

Quand on le retire en état de choc, il se plaint de violentes douleurs de ventre et de ténesme vésical, qui font penser à une rupture de la vessie. En effet, on le sonde et on ne retire que du sang. On propose une opération qui est refusée, et ce n'est que quarante-huit heures après l'accident, que, devant la gravité des accidents, le malade et la famille acceptent une opération. Ventre ballonné, vomissements incessants, anurie absolue.

On transporte alors le malade à la clinique du Dr Lafourcade, en lui faisant franchir une distance de 75 kilomètres en voiture, en tramway départemental et en chemin de fer, ce qui nécessite cinq transbordements successifs faits à bras d'homme.

On conçoit l'état dans lequel le voit le Dr Lafourcade. Il était si grave, qu'après avoir sondé le malade et constaté qu'il ne coulait pas une goutte d'urine, il juge prudent de réchauffer le blessé, de le remonter par une injection de sérum, d'huile camphrée, de caféïne, et ce n'est que trois heures après que, le voyant un peu remonté, il se décide à intervenir. Il avait confirmé le diagnostic de fracture double verticale du bassin, porté par ses confrères.

Mais, comme il ne sait pas si la rupture est extra ou intra-péritonéale, il commence par inciser un peu pour explorer la face antérieure de la vessie dans sa portion extra-péritonéale, et, après avoir constaté qu'elle était saine, il ouvre le péritoine et trouve

une perforation de 6 centimètres de long, médiane, partant du sommet de la vessie et se dirigeant en bas et en arrière.

Il voit les anses intestinales agglutinées par des fausses membranes, enlève l'urine épanchée dans l'abdomen, et, après avoir décollé le péritoine vésical de 2 centimètres de chaque côté de la perforation, il ferme cette perforation par deux surjets superposés au catgut, puis il suture le péritoine par-dessus.

Un drain plonge dans le petit bassin, un dans chacune des fosses iliaques. Sonde à demeure.

Chemin faisant, le Dr Lafourcade avait vérifié la situation des fragments et avait constaté que le fragment externe était porté en dedans et en arrière de 1 1/2 à 2 centimètres.

Le malade reçoit encore 1.500 grammes de sérum caféiné.

Dès le lendemain, on constate que la sonde a bien fonctionné : car on recueille une notable quantité d'urine.

L'état était tel qu'on pouvait pronostiquer une guérison prochaine qui a été, en effet, assez rapide.

Nous n'avons qu'à approuver la conduite du Dr Lafourcade, qui a fait œuvre de chirurgien et dans les décisions à prendre et dans l'exécution.

Ajoutons que, malgré son habileté, il doit une bonne partie de son succès à la résistance absolument exceptionnelle de son blessé.

J'insisterai après lui sur la rareté relative des ruptures intra-péritonéales de la vessie dans les fractures du bassin. En effet dans ces cas de fracture ce sont surtout des ruptures ou plutôt des déchirures intra-péritonéales de la vessie.

L'exception est facilement expliquée ici : la rupture s'est produite ici comme dans les cas de rupture par choc direct, par coup de pied, portant sur une vessie distendue; ici, s'est l'éboulement qui à fait éclater la vessie chez ce malade qui n'avait pas uriné depuis quatre ou cinq heures et qui a été surpris une heure après son repas.

C'est l'explication que donne M. Lafourcade et à laquelle je me rallie pleinement. Ce cas rentrerait donc dans les données classiques.

Je ne saurais aussi que l'approuver dans sa façon de se comporter vis-à-vis de la plaie vésicale : il a fait une suture complète, se contentant de drainer la vessie par une sonde au lieu de mettre un drain hypogastrique.

En somme, voilà une opération utile à enregistrer et qui fait honneur à l'habileté opératoire bien connue de M. Lafourcade.

Je vous prie de lui adresser des remerciements et de vous souvenir de lui au moment des élections de membres correspondants.

M. Paul Reynier. — Je prends la parole non pas pour critiquer l'opération de M. Lafourcade, qui a été très bien conduite, mais pour relever un petit point de l'observation.

Dans le cas actuel il s'agissait d'une fracture du bassin, qui a été diagnostiquée immédiatement après l'accident ; en même temps on s'est aperçu par l'hémorragie vésicale que la vessie avait été lésée. Or, je ne vois pas dans l'observation qu'on ait pris, ce diagnostic fait, la précaution de mettre une sonde à demeure, faisant ainsi le drainage vésical. On évite ainsi les grosses infiltrations ; si on ne peut pas toujours éviter une intervention, ainsi que j'en ai eu dernièrement la preuve, on met les malades dans de meilleures conditions. Si on avait pratiqué ce drainage le malade de M. Lafourcade serait arrivé à la maison de santé moins infecté. Mais cette précaution de sonder les malades, dès qu'on fait le diagnostic de fracture du bassin, et de placer une sonde à demeure pour peu qu'on craigne une lésion vésicale, est trop souvent méconnue, et c'est pourquoi je saisis l'occasion, qui m'est offerte par le rapport de M. Bazy, pour la rappeler.

M. Bazy. — Je n'avais qu'à m'occuper de l'observation et de l'opération de M. Lafourcade, et je n'avais pas à juger la conduite des confrères qui avaient traité ce malade avant lui.

Luxation latérale externe complète du genou droit. Réduction, guérison, par M. le Dr Girou (d'Aurillac).

Rapport par M. BAZY.

Sous ce titre, le Dr Girou (d'Aurillac) nous a envoyé l'observation d'une lésion absolument exceptionnelle et que je vous demande la permission de reproduire en raison de sa rareté.

La cause de cette luxation est la chute sur la face externe de la cuisse, la jambe étant immobilisée, d'un corps très lourd, dans l'espèce le corps d'un bœuf qu'on était en train de ferrer.

Voici dans quel état se trouvait le genou : je vous demande la permission de transcrire l'observation.

Le genou est très volumineux transversalement. Le rebord du condyle fémoral interne menace fortement la peau à son niveau. En dehors de lui, on sent, sous la peau, le creux intercondylien, la face inférieure du condyle externe ; celle-ci se continue presque indirectement en dehors avec la face interne de la jambe légèrement fléchie en

arrière, mais faisant en dehors un angle droit avec l'axe de la cuisse. Le pied est en rotation externe très marquée, et repose son bord externe, grâce à un coussin mis sous le genou, et soulageant le blessé qui ne peut reposer sans lui le membre inférieur sur le plan du lit.

Le muscle droit antérieur et le ligament rotulien sont complètement relâchés. La rotule flotte librement sur la face antérieure du condyle externe du fémur et le rebord antérieur du plateau tibial.

J'étais seul, sans aide pour donner du chloroforme. Le patient demandait à être soulagé immédiatement, mais voulait être endormi. Ne voulant pas le laisser une nuit entière sans soulagement, je lui parlai d'un simple mouvement pour le soulager jusqu'au moment où l'anesthésie serait possible. Un aide vigoureux fixa solidement la cuisse, et j'imprimai à la jambe saisie vers sa partie inférieure un triple mouvement : 1° de traction, 2° de rotation autour de son axe longitudinal (pour pallier à la rotation externe) et 3° d'arc de cercle destiné à ramener son pied dans l'axe normal du membre.

Dès que la rotation autour de l'axe fut faite, la jambe quitta facilement sa position perpendiculaire à l'axe de la cuisse pour se mettre parallèlement à celui-ci.

Mais ce mouvement en arc de cercle se fit autour du rebord interne du plateau tibial tournant comme un pivot sur la face externe du condyle fémoral. Le mouvement terminé, la jambe avait sa direction normale, mais le plateau tibial était au dehors du fémur et un peu plus haut que le bord inférieur du condyle.

Une nouvelle traction normale sur la jambe que je portais un peu en dedans, pendant que l'aide chargé de la traction de la cuisse la portait légèrement en dehors, amena la réduction complète.

Les mouvements n'avaient certainement pas duré deux minutes.

Le blessé, très dur, se croyait guéri et parlait déjà de se lever le lendemain. N'ayant aucune confiance dans sa prudence, je crus dangereux de le laisser ainsi avec une articulation aussi fortement déchirée, et dont le ligament latéral interne, au moins, était désinséré ou déchiré. Je mis un appareil Scultet de fortue, qu'un plâtre remplaça le lendemain.

Au bout de trois semaines, quand je l'enlevai, l'épanchement intra-articulaire était presque complètement résorbé, et il restait seulement un peu de raideur articulaire que quelques semaines de massage (fait par la femme du blessé !) a fait disparaître complètement.

J'aurai peu de choses à ajouter à cette observation, dont l'issue fait honneur à notre confrère d'Aurillac.

Je me permettrai d'ajouter seulement l'observation d'une luxation incomplète externe du genou que j'ai eu l'occasion d'observer pendant que j'étais chef de clinique de M. Richet.

Il s'agissait d'un charretier de cinquante-cinq ans qui, en voulant descendre de son tombereau, engage sa jambe entre les rayons de la roue qui tournait. Le tronc est projeté à terre et le blessé

est ainsi traîné pendant quelques pas, la roue tournant toujours et la jambe toujours prise entre les rayons.

Enfin la voiture est arrêtée : on ramasse le blessé qui est conduit à l'hôpital, où nous le voyons dans l'état suivant :

Le genou est fortement élargi transversalement, la condyle interne du fémur faisant en dedans une forte saillie arrondie sous la peau fortement tendue et collée sur lui. Le condyle externe du fémur repose dans la cupule interne du plateau tibial ; en dehors on peut, à travers la peau, sentir la face supérieure du plateau tibial au niveau de son condyle externe et recouvert de ménisque.

La rotule est luxée en dehors.

La jambe est à demi-fléchie sur la cuisse et immobilisée.

La réduction eut lieu sous le chloroforme. Il suffit de faire de l'extension sur la jambe, en même temps qu'on la portait en dedans.

Appareil plâtré immobilisateur.

Le genou resta ankylosé.

Comme vous le voyez, ici, il s'agissait d'une luxation incomplète en dehors, et la réduction n'eut pas les suites heureuses de celle qu'a pratiquée si heureusement et si habilement M. Girou, ce dont, il faut, croyons-nous, le féliciter.

Je vous propose en même temps de lui adresser nos remerciements et vous prie de vous souvenir de lui quand il y aura une place vacante de membre correspondant.

Communication.

A propos du traitement des fistules vésico-vaginales,

par M. HENRI HARTMANN.

En juillet dernier, au cours d'une discussion sur le traitement des fistules recto-vaginales, notre collègue M. Reclus, faisant un peu dévier la discussion, nous a dit que, dans certains cas, il serait très disposé à appliquer à ces fistules un traitement qu'il a employé avec succès dans un cas de fistule consécutive à une hystérectomie vaginale, le débridement vulvaire et la suture de la fistule par le procédé de Braquehaye.

J'ai eu l'occasion de suivre dans trois cas une ligne de conduite absolument identique. Par un débridement oblique vulvo-vaginal,

partant au niveau de la vulve un peu latéralement par rapport à la ligne médiane et se dirigeant vers la fosse ischio-rectale, j'ai pu aborder facilement des fistules difficilement accessibles par les voies naturelles.

Pratiquant alors le dédoublement suivant la méthode de Braquehaye, qui consiste, comme vous le savez, à encercler la fistule par une incision à distance et à effectuer le dédoublement de la périphérie vers le centre, j'ai pu facilement rebrousser, vers la fistule, le lambeau résultant du dédoublement. Je l'ai suturé avec du catgut, puis j'ai réuni par un deuxième plan de fils, non résorbables cette fois, les surfaces cruentées résultant du dédoublement.

Différente du dédoublement le plus souvent pratiqué, celui qu'a en particulier préconisé notre collègue Ricard, et qui consiste à tracer, au niveau même de la fistule, une incision, amorce du dédoublement qu'on fait alors du centre vers la périphérie, cette manière de procéder de la périphérie au centre m'a paru spécialement avantageuse dans les cas identiques à celui dont nous a parlé M. Reclus, dans les fistules consécutives à l'hystérectomie vaginale.

Elle m'a donné un plein succès chez une malade opérée par un de nos collègues, malade dont la fistule avait été l'objet de plusieurs tentatives opératoires non suivies de succès.

Le vagin rétréci se terminait par un entonnoir cicatriciel. Il eût été très difficile, pour ne pas dire impossible, de faire le dédoublement en partant du bord même de la fistule, qui occupait exactement son fond. Il a été très facile de faire sur le vagin, à une certaine distance de la fistule, une incision circulaire, et de dédoubler les parois vaginales en avançant vers la profondeur.

Grâce au débridement vulvo-vaginal, j'ai placé très facilement mes sutures et obtenu du premier coup un succès complet. Il en a été de même dans deux autres cas de fistules difficilement accessibles et siégeant au fond d'un entonnoir cicatriciel résultant de tentatives opératoires antérieures. Je ne puis donc qu'apporter ces faits à l'appui de l'opinion émise par M. Reclus dans une de nos dernières séances.

M. Reclus. — Je ne m'attribue pas, bien entendu, l'idée du débridement vulvaire qui était inventé et préconisé depuis bien longtemps, et, en particulier, par M. Chaput. Quant au procédé de M. Braquehaye dont je vous ai rapporté en juin un si beau succès, je me propose de l'employer chez une malade qui porte une fistule *recto-vaginale* particulièrement grave.

M. Richelot. — Il y a deux questions en présence, celle du débridement vulvaire comme moyen d'approche des fistules vésico-vaginales particulièrement haut placées. Le débridement vulvaire, que je n'ai pas accepté dans son application à l'hystérectomie vaginale, je le reconnais, au contraire, excellent pour ces cas particuliers. Quant au procédé de Braquehaye, j'en suis si partisan que je crois qu'il serait presque ignoré sans les communications que j'ai faites ici à son sujet.

M. Bazy. — Il faut évidemment qu'il y ait des différences dans la laxité et la grandeur du vagin pour que, dans deux cas de fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie vaginale, c'est-à-dire de fistule haut située dans un tissu cicatriciel peu facile à abaisser, en somme deux cas analogues à celui de M. Hartmann, j'aie pu faire le dédoublement, sans avoir recours au débridement de la vulve; j'aie pu faire ainsi très facilement le dédoublement de la fistule et guérir les malades en une seule séance.

A propos du procédé de Bracquehaye que je ne combats pas, je puis dire que l'on peut obtenir, par le procédé du dédoublement simple, d'aussi bons résultats qu'avec le procédé de Bracquehaye. J'ai en effet guéri, par le procédé du dédoublement simple, une fois en une seule séance, une deuxième fois en plusieurs séances consécutives, deux malades qui avaient une destruction complète de la paroi inférieure de la vessie et de l'urètre, c'est-à-dire présentant le maximum de lésions.

M. Chaput. — J'ai décrit, en 1890 ou 1892, une technique spéciale du débridement qui consiste à inciser la vulve et le vagin par transfixion. On ponctionne le périnée latéralement à 5 centimètres au-dessous de la vulve, on fait ressortir la pointe du bistouri vers le milieu du vagin et on coupe tout le pont de tissus chargés. On obtient ainsi une ouverture vulvaire énorme. Si on trouve cette ouverture insuffisante, on peut la reproduire du côté opposé; on a alors une ouverture, du diamètre d'une tête de fœtus.

Après la section, on fait l'hémostase avec les pinces hémostatiques; mieux encore, on fait la suture de la surface losangique cruentée à la façon de la pyloroplastie d'Heineke-Mikulicz. On obtient ainsi l'hémostase tout en conservant le bénéfice de la dilatation obtenue. Après l'opération principale, on enlève les sutures provisoires et on réunit le losange en sens inverse de la première fois.

Je n'ai jamais vu d'infection après ces débridements, et j'ajouterai que la cicatrice ultérieure est absolument invisible.

Il est contre-indiqué d'appliquer ce débridement à l'hystérectomie pour cancer, car on s'exposerait aux inconvénients de la greffe cancéreuse.

Je suis très heureux que M. Richelot, après avoir attaqué très vivement le débridement, veuille bien maintenant reconnaître que cette opération présente quelques avantages.

M. Hartmann. — Nos collègues, Reclus et Richelot, ayant émis une opinion exactement semblable à celle que je viens de vous exposer, je ne puis que me féliciter d'être en concordance d'idées avec eux. M. Bazy nous dit qu'il a eu de beaux succès en pratiquant le dédoublement suivant l'ancien procédé ; il nous rappelle en particulier qu'il a pu de cette façon restaurer un cas de destruction complète de la paroi inférieure de l'urètre et de la vessie. Je ne le conteste pas, et, comme lui, j'ai eu des succès en suivant la même manière de faire. Je lui ferai simplement observer que ce n'est pas pour des cas identiques à celui dont il vient de nous parler que j'ai préconisé la combinaison du débridement vulvo-vaginal et de l'avivement par le procédé Braquehaye. Lorsque la fistule siège sur la paroi vaginale antérieure, comme dans son cas, les deux procédés de dédoublement, de la périphérie au centre ou du centre à la périphérie, peuvent être appliqués. J'ai laissé ces cas de côté.

Ceux pour lesquels l'avivement par dédoublement de la périphérie au centre m'a paru le procédé de choix sont ceux où la fistule se trouve au fond d'un entonnoir; le type en est la fistule du fond du vagin consécutive à l'hystérectomie vaginale. Dans ces cas il est évidemment plus simple d'aller de la partie facilement accessible vers la partie difficilement accessible, de la partie antérieure vers le fond du vagin, rétracté et cicatriciel; cela me semble de toute évidence.

Je répondrai à M. Chaput, qui a eu le mérite d'appeler notre attention sur les avantages du débridement vulvo-vaginal, que je ne considère pas sa modification de la taille par transfixion comme un perfectionnement. Elle oblige à préciser d'un coup, et avant de le pratiquer, l'étendue exacte qu'on désire donner au débridement. S'il est plus grand qu'il n'est nécessaire, on a fait un délabrement inutile ; si la transfixion faite on constate qu'on n'a pas assez de jour, il faut procéder comme nous le faisons et continuer l'entaille de dehors en dedans. Je préfère pour ma part entailler progressivement de dehors en dedans, faisant érigner les lèvres de l'incision avec de petites pinces de Museux.

Je m'arrête quand je trouve la fistule facilement accessible. J'ajouterai que ces débridements se réparent souvent d'eux-mêmes remarquablement et qu'on est étonné de voir comme la vulve se reconstitue.

M. Bazy. — J'avoue que j'ai suivi non M. Hartmann, mais M. Richelot, dans son argumentation.

Il avait été question : 1° des fistules vésico-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale, haut situées, et pour lesquelles M. Hartmann a fait un débridement de la vulve. Or, j'ai dit que j'avais pu, deux fois, guérir une fistule de cet ordre sans débridement vulvaire;

2° Du procédé de M. Bracquehaye. J'avais dit que j'avais pu, par le procédé du dédoublement simple, guérir des fistules très étendues, et j'avais cité deux cas avec le maximum de lésions.

M. Hartmann dit que le débridement vulvaire guérit merveilleusement. Je crois qu'il vaut encore mieux ne pas faire de débridement. Il est peut-être plus commode pour le chirurgien de faire les débridements, mais il faut plutôt considérer la malade que le chirurgien.

Présentation de pièces.

Appendicite gangreneuse d'emblée. Péritonite généralisée. Intervention précoce à la 30e heure. Guérison.

M. Lucien Picqué. — J'ai l'honneur de vous présenter un appendice sphacélé que j'ai réséqué il y a quelques mois chez un de mes internes en pleine péritonite généralisée, et dès le début de la crise. Il m'a autorisé à joindre à son appendice son observation qui représente un document très important en faveur de l'intervention hâtive, et qu'il a rédigée en partie avec l'assistance de MM. Menet et Vivier, internes.

L... X..., vingt-trois ans, interne des hôpitaux, présente, depuis l'âge de douze ans, de l'entérocolite (peaux, glaires dans les garde-robes). Diarrhée par crises survenant à peu près toutes les trois semaines et durant généralement une huitaine de jours. Amélioration dans les dernières années sous l'influence d'un traitement hydrominéral.

La maladie actuelle a débuté le dimanche soir 15 février, à 9 heures, par une douleur extrêmement vive, en « coup de pistolet », localisée à l'ombilic. Cette douleur l'a surpris chez des amis où il était en visite.

Rentré chez lui, il est pris d'un violent frisson bientôt suivi de vomissements alimentaires très abondants, puis bilieux. Rien dans la journée n'avait fait prévoir ces accidents : il avait joué au tennis, dîné de bon appétit à l'hôpital. Il présentait toutefois un peu de diarrhée depuis deux ou trois jours.

Croyant à une crise d'entérocolite, il se fait transporter en ambulance à l'hôpital Bichat où il est examiné par ses collègues Devé et Vivier. A son arrivée, la température est à 38°5. Les vomissements ont cessé, mais il persiste un état nauséeux. Le ventre est souple, mais la région épigastrique est douloureuse à la pression. Piqûre de morphine pour calmer la douleur. La nuit est bonne.

Lundi 16 *février*. — La douleur persiste au niveau de l'épigastre et de la fosse iliaque gauche. La fosse iliaque droite, explorée avec le plus grand soin, est absolument indolente à la pression. Le ventre est souple partout : ni tension, ni ballonnement. L'état nauséeux persiste en même temps qu'apparaissent des épreintes rectales très douloureuses.

La miction est douloureuse et réveille des coliques. Pas de constipation ; il y a eu une selle le matin. Température, 38 degrés. On pense à une crise d'entérocolite et les accidents paraissent si bénins que ses collègues me disent qu'il est inutile de venir le voir.

La journée se passe sans incident. Mais le soir, à 7 heures et demie, frisson brusque et intense. Température, 40 degrés. Douleurs rachidiennes très intenses. L'abdomen est tellement souple qu'on se croit en présence de l'invasion d'une maladie générale. Injection sous-cutanée de morphine. La nuit, L... est réveillé par des douleurs rectales très vives. Un lavement laudanisé est administré, mais il augmente les douleurs et est rejeté immédiatement.

Mardi 17. — La température est retombée à 38 degrés. Le facies est très altéré. Le ventre est souple partout, non ballonné, indolent à l'épigastre et à droite. Douleur très vive à la pression dans la fosse iliaque gauche. Pouls, 130. Epreintes rectales continuelles et très douloureuses. Pas de selles.

M. Picqué, appelé en consultation par son collègue Soupault, voit L... pour la première fois vers midi. Il diagnostique une péritonite généralisée, diagnostic auquel il range son collègue.

Une consultation a lieu à 5 heures et demie avec MM. Félizet, Jalagüier, Mauclaire et Soupault. Le ventre n'est pas ballonné ; il est souple, douloureux seulement à gauche. Le pouls est à 130 ; le facies grippé. Température, 39°5.

Plusieurs avis sont émis. M. Picqué penche vers la nécessité d'une intervention immédiate qui est pratiquée dès lors avec le précieux concours de MM. Félizet, Mauclaire, Soupault, et Menet interne. M. Devé administre le chloroforme.

Incision sur la ligne médiane. Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule un flot de pus mal lié, d'odeur infecte, qui remplit le ventre jusqu'à l'ombilic. Les anses grêles flottent librement dans le liquide. La cavité pelvienne est explorée ; il existe une grosse collection dans le cul-de-sac

de Douglas, mais il n'y a ni fausses membranes ni adhérences de limitation.

Une deuxième incision est pratiquée à droite et permet de découvrir l'appendice dont l'extrémité plonge profondément dans la cavité pelvienne et est entièrement sphacélée et perforée en plusieurs points. Des matières fécales s'écoulent en abondance. Sa coloration noirâtre au début s'est notablement modifiée par son séjour prolongé dans l'alcool. L'appendice est réséqué à sa base. Drainage avec des tubes et des mèches, du cul-de-sac de Douglas et de la fosse iliaque droite.

Troisième incision, au niveau de la fosse iliaque gauche et drainage. Injections de sérum au cours de l'opération. Le malade est reporté dans son lit : le pouls est très petit. Le sérum est continué : le pouls se relève peu à peu. Vers deux heures du matin le pouls s'accélère et devient de nouveau très petit. Tendance aux syncopes. Une injection de caféine semble produire un bon résultat.

Mercredi 18. — Le sérum est continué toute la journée et toute la nuit. Température, matin, 36°5; pouls 96. L'état nauséeux diminue : la langue reste très sèche. Le facies est très altéré, mais le pouls devient ample et bien frappé. Émission d'une grande quantité d'urine. Traces d'albumine. Le soir, température, 37°5; pouls 92. On change les pièces superficielles du pansement. La nuit est meilleure que la précédente. Injections de morphine.

Jeudi 19. — Température, matin, 37 degrés; pouls, 90. L'état général est satisfaisant jusqu'à midi : à partir de ce moment apparaissent des vomissements composés de liquide noirâtre en faible quantité. Ils se reproduisent quatre ou cinq fois. Puis, tous les quarts d'heures au moins se produit un hoquet très douloureux et bruyant.

Le facies qui s'était un peu amélioré se grippe davantage. Les yeux s'excavent, le teint jaunit. Le pouls reste cependant assez bon. Le sérum est continué. Nuit très agitée. Hoquet persistant. Le malade est découragé : cette impression est partagée par son entourage.

Vendredi 20. — Température, matin, 38 degrés. Un peu de douleur à droite. Vomissement le matin. M. Picqué change les drains et fait un lavage prudent des plaies. Il s'écoule un liquide odorant. Le hoquet est moins fréquent dans la journée. Le pouls est bien frappé. Le soir, température, 38°5.

Samedi 21. — Température, matin, 38 degrés; soir, 38°5. État à peu près stationnaire.

Dimanche 22. — Température, matin, 38°2; soir, 38°5. Depuis trois jours le pansement est refait deux fois par jour.

Lundi 23. — Température, matin, 38°3; soir, 39 degrés.

Mardi 24. — Température, matin, 38°5. Devant l'élévation de la température, M. Picqué suppose qu'il existe derrière le cæcum une collection non suffisamment drainée et se dispose à intervenir à nouveau. Le malade, d'ailleurs, a passé une mauvaise nuit, et il est incontestable que la situation s'est nettement aggravée.

En soulevant le pansement, M. Picqué constate que le cæcum s'est éviscéré. Le bromure d'éthyle est administré. Le cæcum est prudem-

ment soulevé et amené au dehors : cette manœuvre donne de suite issue à un foyer purulent assez abondant, situé comme il l'avait supposé en arrière du cæcum. Drainage de la cavité. Réintégration du cæcum et suture de la plaie à l'aide d'un double plan musculaire et cutané.

Le soir la température est retombée à 37°2. Depuis ce jour la température n'a plus atteint 38 degrés. L'état général s'est rapidement amélioré. Les plaies se sont progressivement fermées : au bout d'un mois L..., qui n'était qu'interne provisoire, a pu subir avec succès la deuxième épreuve de son concours.

État actuel après trois mois. — Les cicatrices sont très solides : aucune tendance à l'éventration. L'état général est excellent, et L... peut faire son service dans les conditions les plus normales de santé. Tous les accidents d'entérocolite dont il souffrait périodiquement depuis plus de dix ans ont complètement disparu.

M. Berger. — Le résultat obtenu par M. Picqué dans ce cas là est sans doute remarquable, mais je crois qu'il ne faudrait pas le considérer comme une loi générale.

M. Picqué. — C'est bien plus en faveur de l'intervention hâtive que pour plaider la cause de l'intégrité abdominale en pareils cas, que j'ai cru devoir rapporter cette observation.

M. Tuffier. — Je crois qu'il ne faut pas laisser passer les conclusions de M. Picqué parce qu'elles conduiraient à faire croire que dans ces suppurations prolongées post-appendiculaires, avec drainage abdominal, l'absence d'éventration serait fréquente. Il n'en est rien, et la formule qui ressort de mon expérience est la suivante : après l'ouverture des suppurations péri-appendiculaires, l'éventration où la hernie est la règle, l'intégrité définitive de la paroi abdominale est l'exception.

M. Reclus. — Il faut faire jouer au mode de suspension de l'intestin un rôle considérable et si le mésentère est court l'éventration est beaucoup moins facile. J'ajoute que depuis longtemps Roux (de Lausanne) a montré que l'incision basse prédispose beaucoup moins à la hernie de l'intestin que l'incision haute, très au-dessus de l'arcade de Fallope.

M. Chaput. — Quand j'opère une appendicite à chaud je prends les précautions suivantes pour éviter l'éventration.

Je draine la fosse iliaque avec des mèches de gaze pendant quelques jours, puis quand la suppuration est fort diminuée je pratique la suture secondaire des muscles, sans comprendre la

peau dans la suture ; cette manœuvre n'est pas douloureuse et ne nécessite pas l'emploi des anesthésiques.

J'emploie cette manière de faire depuis plusieurs mois, et j'en ai obtenu d'excellents résultats.

M. Quénu. — Je me joins à M. Tuffier pour considérer l'éventration après ces opérations à chaud comme très fréquente. Estimons-la au dixième des cas. Avant de considérer la cicatrice abdominale comme définitivement solide, il faut attendre bien des mois, et même parfois quelques années, car le processus de cicatrisation, de rétraction et d'atrophie des cicatrices est essentiellement variable suivant les sujets.

Le Secrétaire annuel,

Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1903

Présidence de M. KIRMISSON.

[library stamp]

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. PIERRE DELBET qui demande à être mis en congé jusqu'au 1er novembre.

3°. — Une lettre de M. FÉLIZET qui, indisposé, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

Diagnostic de l'appendicite gangreneuse primitive.

M. PAUL REYNIER. — Messieurs, M. Picqué nous a lu l'autre jour une observation très intéressante d'appendicite gangreneuse, sur le côté clinique de laquelle je voudrais revenir aujourd'hui. Dans cette observation j'ai été frappé de la bénignité relative des symptômes locaux au début, et de cette marche insidieuse qu'on a relevée dans presque toutes les observations du même ordre, qu'on nous a présentées ici. Je relis en effet l'observation princeps sur laquelle M. Quénu s'est appuyée pour attirer notre attention sur les appendicites gangreneuses, dans sa très intéressante communication de l'année dernière.

Dans cette observation il s'agissait d'un enfant, qui n'offrait pas de douleurs spontanées, si toutefois en l'explorant on éveillait par la pression une douleur vive assez diffuse. Il n'avait pas de ballonnement du ventre; et ce qui a surtout effrayé M. Quénu c'est le pouls à 106, la température à 38 degrés, le facies septicémique. Ce sont ces symptômes qui l'ont poussé a opérer rapidement.

Chez les malades de M. Mignon nous avons encore à noter au début, avant que la perforation se soit produite, cette divergence entre les symptômes locaux et les symptômes généraux. Pour un des malades on avait porté le diagnostic de la fièvre typhoïde, et M. Mignon avec raison fait remarquer que ce sont les symptômes septicémiques qu'on a surtout relevés dans ces observations, où l'opération ou l'autopsie ont montré une appendicite gangreneuse.

Chez le malade de M. Picqué, là encore le diagnostic au début est hésitant. On pense à une crise d'entérocolite.

Le ventre était souple, il n'y avait ni tension ni ballonnement; pas de paralysie intestinale. Le matin ce malade avait eu une selle : les accidents locaux paraissaient si bénins, dit M. Picqué, que les collègues du malade ne croyaient pas à la gravité de l'affection.

Mais celui-ci avait eu un grand frisson dès le début, puis au bout de vingt-quatre heures un second frisson; la température montait dès les premières vingt-quatre heures, pour retomber le matin à 38 degrés, avec un pouls à 130, et remonter le soir à 39°6.

La courbe de cette température était donc celle d'une septicémie, avec les grandes oscillations si caractéristiques.

Or je crois utile d'attirer votre attention sur ce point; car il y a là pour nous, un élément de diagnostic pour ces formes d'appendicite, qu'il serait si désirable comme le faisait remarquer M. Quénu de diagnostiquer rapidement. Nous nous trouvons en effet tous d'accord, étant donné la gravité des accidents et leur rapidité d'évolution dans cette forme, pour intervenir de suite, si le diagnostic était posé.

Or comme je viens de vous le dire, cette discordance des symptômes généraux et des symptômes locaux donne à cette forme d'appendicite quelque chose de spécial et peut servir à porter le diagnostic. J'en ai eu dernièrement la preuve sur un de mes malades, où m'appuyant sur ces symptômes j'ai diagnostiqué une appendicite gangreneuse, que j'ai opérée immédiatement; et mon opération m'a donné raison. Je tombais sur un appendice en voie de sphacèle. Cette observation me paraît donc intéressante au point de vue clinique, à vous être rapportée, et à être

rapprochée de celle qu'on a déjà publiées ici. C'est pourquoi je vous demande la permission de vous la lire.

Ch..., vingt-huit ans. Depuis six ans, il ressentait un point de côté à droite et avait, de temps en temps, une petite barre dans la région épigastrique, barre qui disparaissait après le renvoi de gaz. Depuis un an, il était en puissance de syphilis et se soignait.

Le vendredi 24 juillet, il venait d'aller à la garde-robe lorsque, revenu à son bureau, il fut pris de coliques et de douleurs vives dans le ventre. Il alla voir un pharmacien qui lui donna une potion, probablement de l'élixir parégorique, car il devait en prendre un certain nombre de gouttes, 15 à 20.

Mais, la douleur continuant, il alla chez un second pharmacien, qui lui donna une seconde potion qui ne le soulagea pas plus; il alla alors, avant de rentrer chez lui, chez un troisième pharmacien, qui était docteur, et qui lui conseilla de se coucher, de prendre un lavement et de se purger.

A la suite de toutes ces visites chez les pharmaciens, la confiance de notre malade, au lieu de s'accroître, semblait avoir diminué vis-à-vis d'eux. Car se défiant, il ne prit, heureusement pour lui, ni lavement ni purgation, et se décida à venir à Lariboisière. Il y entrait le samedi dans la journée, vingt-quatre heures après le début des accidents. Il avait eu, malgré les potions, des vomissements le vendredi; le samedi, il n'en avait plus eu. Sa température, prise une heure après, donnait 38°3; le pouls était à 96. Le malade se plaignait de douleurs, surtout à la pression, s'irradiant du côté de l'ombilic; le ventre n'était pas ballonné et assez souple.

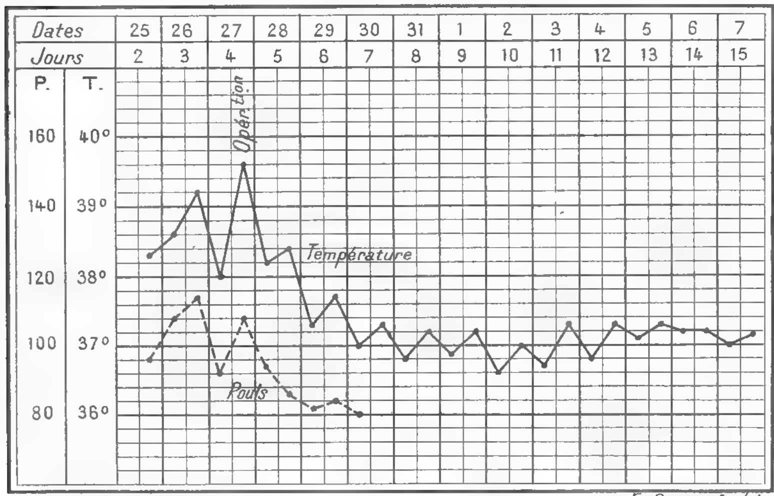
On lui mit, comme c'est la règle dans mon service, une large vessie de glace sur le ventre, et on lui ordonna la diète absolue de boisson et d'aliment. Le lendemain matin, le pouls était à 104, la température 38°6. Le facies était bon, la respiration bonne. Le soir, la température montait à 39°2, le pouls à 110. La respiration restait bonne, le ventre était moins sensible. Le malade ne vomissait pas, ne se plaignait pas.

Je le voyais le lundi matin pour la première fois. Je le trouvais avec un bon facies. Pas de douleur spontanée, le ventre souple, une sensibilité pas très exagérée au niveau du point de Mac Burney; pas de contracture. Il avait rendu des gaz par l'anus, et ne paraissait pas avoir de paresse intestinale. Les symptômes locaux étaient donc plutôt bons, et faisaient que mon interne considérait ce malade comme en bonne voie. Je ne partageai pas cependant son optimisme.

La température, *malgré la glace*, restait à 38 degrés, le pouls

à 90. Je ne trouvais pas que la température, après vingt-quatre heures de glace, avait suffisamment baissé; le malade était gras il avait eu la syphilis, et je m'en allai en disant à mes élèves de continuer la glace, mais de se tenir tout prêts à m'appeler si, le soir, il y avait une nouvelle ascension de la température malgré la diète et le repos absolus.

En effet, le soir on m'appelait; la température s'était élevée à 39°6, le pouls était à 108. Le facies s'était un peu altéré, prenait une coloration ictérique. Le ventre n'était pas plus ballonné que le matin, restait aussi souple, et il n'y avait pas de localisation.



Je pratiquai le toucher rectal, et ne trouvai rien de ce côté, comme je n'avais rien trouvé par le palper de l'abdomen pour justifier cette élévation de température.

C'est alors que devant cette discordance des symptômes généraux avec les symptômes locaux, devant cette persistance de la fièvre, malgré la glace et le régime de la diète bien observé, et devant cette courbe de température rappelant celle des septicémies : élévation le soir, avec chute le matin, je portai le diagnostic d'appendicite gangreneuse; et ce diagnostic porté, je faisais porter le malade sur la table d'opération et l'opérais.

Je fais l'incision de Roux; je tombe sur un pannicule graisseux sous-cutané très développé. J'arrive dans la cavité péritonéale et je tombe sur le cœcum et l'appendice gros comme le doigt, entouré d'épiploons très gras, rattaché par un méso lui aussi très gras, et très friable.

Cet appendice était libre dans la cavité, sans adhérences, et

avait une coloration lie de vin. Autour de lui il y avait un peu de sérosité rousseâtre.

Je sectionne et lie cet appendice à sa base, et je termine en drainant largement avec deux gros drains. Les suites de l'opération ont été très bénignes; — le malade quittait quinze jours après le service.

L'appendice fut examiné et fendu après l'opération.

Il contenait une bouillie rougeâtre excessivement fétide.

La muqueuse gris noirâtre était presque entièrement sphacélée, et à l'extrémité de l'organe la surface présentait une plaque grisâtre de sphacèle débutant. L'appendice toutefois n'était pas perforé.

Comme dans le cas de M. Quénu les lésions de sphacèle étaient plus accentuées du côté de la muqueuse, et donnaient l'impression qu'elles avaient dû débuter de ce côté.

On comprend donc pourquoi au début les symptômes sont plutôt ceux d'une septicémie, la fièvre étant due à la résorption des produits toxiques qui s'accumulent dans l'appendice; et les symptômes de réaction péritonéale ne commencent que quand la surface de l'appendice est plus ou moins rapidement envahi par le sphacèle, et que celui-ci se produisant et se détachant, les matières septiques et intestinales passent dans le péritoine. On comprend enfin pourquoi par le fait de cette résorption des toxines les lésions ganglionnaires, comme l'a fait remarquer M. Quénu, sont dans cette forme beaucoup plus accentuées et précèdent les lésions péritonéales.

Telle est cette observation qui montre qu'on peut dans quelques cas diagnostiquer l'appendicite gangreneuse, et alors opérer en connaissance de cause. La discordance au début entre les symptômes généraux et les symptômes locaux, et les grandes oscillations de la courbe température malgré le traitement bien institué, sans localisation possible d'abcès, sont, je le répète, les éléments de ce diagnostic.

M. Quénu. — Avant de donner mon opinion sur la question soulevée par M. Reynier, je veux faire remarquer que dans l'observation de M. Picqué la douleur a été d'emblée extrêmement vive, « *en coup de pistolet* », et que, de même que dans les cas que j'ai rapportés, cette douleur était diffuse, occupant l'ombilic et même la fosse iliaque gauche.

Il est nécessaire, quand on étudie l'appendicite gangreneuse, d'admettre plusieurs types : il y a des gangrènes primitives de l'appendice et il y a des gangrènes secondaires; il était présumable qu'à ces deux variétés correspondraient deux tableaux

cliniques différents, et c'est, en effet, ce qui arrive. Une appendicite, après avoir présenté la physionomie d'une appendicite ordinaire, peut tout d'un coup se traduire par des phénomènes graves, sans que rien de nouveau s'observe localement. Ce fait s'est présenté pour moi chez une enfant d'une douzaine années, que j'ai soignée avec le D[r] Troisier au mois de juin dernier.

Je l'examinai un lundi au troisième jour de son appendicite. Or, le jeudi, le pouls était descendu à 76, la température à 36°8, il n'existait plus ni douleur locale ni contracture de droit.

Je ne devais même plus revoir l'enfant que le dimanche. Mais le lendemain samedi, je fus rappelé en toute hâte auprès de la malade qui avait de la fièvre. Je l'opérai le dimanche et trouvai un appendice gangrené.

Ces faits ne sont pas exceptionnels ; la gangrène est une complication possible de toute forme d'appendicite subaiguë, soit enkystée antérieurement par une première ou deuxième attaque.

J'arrive aux appendicites gangreneuses d'emblée : pour celles-là, j'insiste sur la violence et la diffusion de la douleur *précoce* primitive.

Avec M. Reynier, j'insiste ensuite sur l'importance des *phénomènes généraux*, la *diarrhée* en particulier, le *facies* qui est celui d'une maladie générale, tout cela en discordance avec les phénomènes locaux, d'ordinaire peu accentués.

Néanmoins, il est des cas où l'appendicite gangreneuse d'emblée détermine rapidement une réaction péritonéale vive et occasionne les douleurs locales persistantes ; il ne faut donc pas être absolu. Cette réserve faite, j'admets avec Reynier que la discordance entre les signes locaux et l'état général est en faveur de l'appendicite gangreneuse d'emblée.

M. Paul Reynier. — Je partage en grande partie la manière de voir de M. Quénu. Comme lui, je crois qu'il y a plusieurs variétés d'appendicite gangreneuse ; j'ai eu, comme lui, à ouvrir des abcès dans lesquels se trouvait l'appendice gangrené. Mais alors la gangrène paraissait être consécutive aux progrès de l'inflammation : l'appendice dans ces cas se gangrène, comme se gangrène le tissu cellulaire dans des phlegmons qu'on ouvre trop tardivement. Comme lui, je reconnais le danger de l'ouverture de ces abcès contenant des débris sphacélés ; mais ce sont là des faits qui ne ressemblent pas à ceux sur lesquels M. Quénu a le premier attiré avec raison l'attention, qu'a étudiés M. Mignon, et dont M. Picqué nous rapporte un nouvel exemple. Là, nous avons affaire à des gangrènes primitives de l'appendice se produisant dans un péritoine qui au début n'est pas touché par le processus inflamma-

toire, et qui ne réagit que, quand la gangrène de l'appendice s'étant produite, le tissu sphacélé laisse transsuder les matières septiques, transsudation qui, d'ailleurs, se fait très rapidement. C'est pour cela que si on intervient dès le début, on trouve un appendice sphacélé tout à fait libre, et c'est ce qui fait la gravité de cette forme d'appendicite ; car dès que les parois sont sphacélées dans un péritoine qui n'est pas protégé, les matières septiques passent, et donnent lieu à une péritonite qui se généralise rapidement, et qui s'annonce par des douleurs se diffusant rapidement, succédant à un début trompeur sans grande réaction locale.

C'est à cette forme que répond mon malade, c'est sur le diagnostic précoce de cette forme que j'ai voulu surtout attirer votre attention.

C'est dans cette forme qu'il existe au début cette discordance entre les symptômes généraux et les symptômes locaux, qui m'a frappé dans mon observation, et dans toutes celles que j'ai analysées, et qui a été la cause de l'hésitation du diagnostic et de la divergence d'appréciation de la gravité de l'affection.

M. Quénu me dit que sur son malade il a observé une grande sensibilité à la pression ; toutefois, lui-même nous l'a dit, ce malade avait peu de douleur spontanée, puisqu'il l'a trouvé assis sur son lit, et le ventre souple. Si le malade de M. Picqué a éprouvé au début une forte douleur, cette douleur n'avait pas continué, et là encore le ventre restait souple ; le malade rendait comme le mien des gaz, ou avait, comme ceux de M. Quénu et de M. Mignon, de la diarrhée. Ce ne sont pas là les symptômes d'une grande réaction péritonéale.

Les douleurs se sont surtout accusées quand la péritonite, par le fait du passage des matières septiques, débutait, et rapidement se généralisait.

Rapport.

Sur une observation de kyste dermoïde du mésocôlon transverse, due à M. le Dr LAUNAY (PAUL), chirurgien des hôpitaux.

Rapport de M. E. POTHERAT.

Messieurs, notre jeune et distingué collègue des hôpitaux, le Dr Paul Launay, vous a lu une observation que vous m'avez chargé de vous rapporter. Il y a déjà plusieurs mois que cette lecture a eu lieu · j'ai trop tardé à vous en faire l'analyse, et je

m'en excuse auprès de son auteur; heureusement, le fait n'a rien perdu de son intérêt, ainsi que vous allez en juger.

Il s'agit d'un kyste dermoïde du mésocôlon transverse. L'opération a présenté de réelles difficultés, dont M. Launay a habilement et heureusement triomphé; son malade a guéri. Le cas est fort intéressant, non seulement à cet égard, mais encore et surtout à cause des conditions cliniques et anatomiques qu'il a présentées, et de la rareté des faits semblables.

Voici d'ailleurs ce fait :

M. F..., âgé de trente-six ans, polisseur, entre le 21 août 1902 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Quénu que suppléait alors M. Launay.

Jusqu'en mai 1902, cet homme ne signale aucun fait pathologique; c'est au mois de *juin* que commencent à se faire sentir des *douleurs* dans le côté gauche de l'abdomen, au niveau des dernières côtes. Ces douleurs sont intermittentes et ne se manifestent qu'à l'occasion d'un effort.

En *juillet* 1902, une tumeur apparaît au niveau du rebord thoracique, du *côté droit*, et cette tumeur est mobile, au dire du malade qui l'aurait vue passer de l'autre côté de la ligne médiane.

Pendant le mois de juillet, la tumeur grossit rapidement et devient moins mobile, pendant que les crises douloureuses augmentent d'intensité et forcent le malade à cesser son travail.

Le 21 août, à son entrée à l'hôpital, l'examen du malade fournit les signes suivants :

Il existe une tumeur dans la partie sus-ombilicale de l'abdomen, à droite de la ligne médiane, qu'elle dépasse un peu à gauche.

La tumeur ne paraît pas adhérer à la paroi abdominale, qu'elle soulève légèrement; elle s'enfonce profondément dans l'abdomen, et son volume peut être comparé à celui de deux poings assemblés.

Cette tumeur, assez régulièrement arrondie, est située au-dessous du foie dont elle prolonge la matité jusqu'au niveau de l'ombilic. Elle est légèrement *mobile* dans le sens transversal. Cette mobilité est à noter.

Sa consistance est résistante sans être dure; on n'y peut trouver ni fluctuation, ni frémissement. Enfin la tumeur est douloureuse à la pression.

La température oscille entre 37 et 38, avec un pouls normal. M. Launay ne nous dit rien de l'état général de son malade; c'est donc qu'il était peu atteint. La situation et la forme de la tumeur conduisent M. Launay au diagnostic probable de kyste hydatique de la face inférieure du foie, et l'intervention est décidée.

Opération le 28 août 1902. — Une laparotomie médiane sus-ombilicale mène rapidement l'opérateur sur la tumeur, qui apparaît recouverte d'une lame épiploïque adhérente à la fois à la tumeur et à la paroi.

Cette lame dilacérée laisse voir la paroi blanche et lisse de la tumeur prise pour un kyste hydatique. La tumeur est appendue sous le foie, près de l'échancrure de la veine ombilicale et à sa gauche; la veine ombilicale parcourt la surface du kyste.

Le péritoine ayant été protégé de tous côtés par des compresses, M. Launay ponctionne la tumeur avec un trocart, mais il n'en sort aucun liquide. Retirant alors le trocart, il fait une incision de 1 centimètre environ dans la paroi du kyste, et voit apparaître une matière grasse, sébacée, qui fait immédiatement penser à un *kyste dermoïde.* Ce que voyant, notre jeune collègue modifie son projet opératoire et se met en demeure, non d'évider la tumeur, mais de l'extirper si possible.

Il commence donc à disséquer et à libérer les adhérences à gauche et en bas, en coupant et en liant le grand épiploon; mais, malgré une incision prolongée jusqu'au-dessous de l'ombilic, il ne peut faire le tour de la tumeur avec la main, et se décide à pratiquer une incision complémentaire, perpendiculaire à la première, et coupant le muscle grand droit du côté droit.

Il trouve alors le grand épiploon, puis successivement, au fur et à mesure de dissections pénibles de toutes les adhérences vasculaires, le *côlon transverse* en bas, dont il met à nu les vaisseaux mésentériques (le feuillet supérieur du mésocôlon étant confondu avec la tumeur); ces vaisseaux sont soigneusement disséqués de la paroi du kyste; puis *la vésicule biliaire* adhérente sur tout son bord gauche jusque sous le foie; le *lobe carré du foie* qui se décolle facilement.

La tumeur libérée en bas et à droite peut maintenant être soulevée hors de l'abdomen et renversée vers la gauche du malade; après libération de quelques adhérences vasculaires avec la *tête du pancreas.*

A gauche et en haut, le kyste tient encore au *foie*, puis à l'*estomac* dont M. Launay reconnaît la grande courbure refoulée à gauche et en haut; le pylore et le duodénum se dissimulent au milieu des adhérences.

La tumeur enfin libérée de toutes ces adhérences ne tient par aucun pédicule : il n'y a plus qu'à l'emporter. Cette absence de pédicule est habituelle dans les tumeurs du mésentère, du moins si j'en juge par ce que m'a montré mon expérience personnelle. Ces tumeurs vivent surtout aux dépens des vaisseaux du grand épiploon. Sa loge est nettement formée par le foie en haut; la

vésicule biliaire et le grand épiploon à droite ; le côlon transverse et les vaisseaux de son méso, dépourvu de feuillet supérieur, en bas ; l'estomac refoulé à gauche ; au fond la tête du pancréas ; enfin devant, entre la tumeur et la paroi abdominale, le grand épiploon étiré entre l'estomac et le côlon transverse.

Ce kyste, nous dit M. Launay, ne pouvait donc qu'être situé dans le mésocôlon transverse, ayant refoulé le feuillet supérieur de ce méso dans l'arrière-cavité des épiploons, déplaçant l'estomac vers la gauche. Les rapports anatomiques signalés plus haut justifient cette opinion.

L'hémostase est faite avec soin, et il est nécessaire, pour tarir l'écoulement en nappe, de faire un surjet de catgut au niveau de la grande courbure de l'estomac, séparée à ce niveau du grand épiploon.

La paroi abdominale est refermée, un drain est placé derrière l'estomac, dans l'arrière-couche des épiploons, et sort par le prolongement droit de l'incision, ainsi qu'une mèche de gaze tamponne une surface saignante qui n'avait pu être tarie.

L'opération, vous le voyez, Messieurs, n'avait pas laissé que d'être laborieuse. Les suites furent très simples. Le malade, qui avait reçu 200 grammes de sérum artificiel dans la journée, supporta très bien l'intervention.

Le drain et la mèche furent enlevés après quarante-huit heures, un drain plus petit fut mis en place et peu à peu supprimé. Les fils furent enlevés le neuvième jour ; on constate un peu de désunion au point de jonction des deux incisions.

La cicatrisation devient du reste complète quelques jours après.

Le malade se lève au bout de trois semaines et est envoyé à Vincennes.

M. Launay le revoit quelque temps après ; il se plaint de quelques douleurs abdominales, probablement dues aux adhérences multiples, mais l'abdomen est souple, et le tube digestif fonctionne normalement.

Le malade se plaignant de tousser, on examine les poumons et on constate des lésions tuberculeuses peu avancées au sommet droit. Ici s'arrête l'histoire pathologique de ce malade.

L'examen histologique du kyste a été fait à Cochin par M. Landel, qui en rend compte, en ces termes :

« La paroi du kyste présente une structure fibreuse ; les fibres conjonctives sont denses, stratifiées, intimement soudées les unes aux autres. On rencontre quelques petits vaisseaux à l'intérieur de cette paroi.

« La face externe semble dépourvue d'épithélium. La face interne possède un épithelium formé de cellules cubiques, à petit

noyau. Certaines de ces cellules présentent une structure vacuolaire et contiennent de la substance grasse.

« Dans la paroi du kyste on rencontre aussi quelques tubes revêtus d'un épithélium qui offre les mêmes caractères.

« Enfin, à l'intérieur du kyste, on rencontre de nombreux débris épithéliaux et des cellules isolées renfermant de la graisse. Tous ces éléments sont entourés d'une grande quantité de matière grasse.

« Ces caractères démontrent qu'il s'agit d'un kyste dermoïde. »

Je ne vois pas, en effet, étant donné ces caractères histologiques, rapprochés des caractères macroscopiques que j'ai précédemment indiqués, qu'il puisse s'agir d'une autre modalité anatomo-pathologique.

Les faits de cet ordre sont très rares. En effet, dans son travail du *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, M. Quénu nous dit que l'histoire des kystes dermoïdes du mésentère « se borne aux deux cas de Lebert et de Schultzer, et à une citation de Cruveilhier à la Société anatomique concernant un kyste dermoïde du mésentère observé par Dupuytren. Il y a lieu d'en rapprocher une tumeur congénitale rapportée par Howship Dickinson ». Toutefois cette tumeur pesant plus de deux livres, constituée par des noyaux cartilagineux et osseux développés dans un tissu conjonctif était des plus complexes, car elle renfermait en outre du tissu adipeux et des kystes à parois tapissées d'un épithélium à cils vibratiles.

La tumeur de M. Launay ne contenait ni poils, ni particules solides osseuses ou cartilagineuses, mais seulement de la matière sébacée, fait d'ailleurs assez fréquent dans beaucoup de kystes dermoïdes. C'est, en somme, un très beau cas à ajouter à ceux que j'indiquais plus haut, avec cette particularité que la tumeur siégeait non dans le mésentère, mais dans le mésocôlon transverse.

M. Launay n'avait pas fait avant l'intervention le diagnostic précis; personne assurément ne songera à lui en faire grief. La situation de la tumeur, sa contiguïté, je dis plus, sa continuité apparente avec le foie, sa tension, sa rénitence, le silence assez longtemps prolongé de son évolution permettaient de songer avant tout à un kyste hydatique du foie, d'autant qu'aucun trouble particulier ne permettait d'incriminer un instant les organes du voisinage, pancréas, ou rein.

Sans doute, il n'y avait aucun trouble digestif, puisque M. Launay ne nous en signale aucun, pas d'ictère, pas de douleurs vers l'épaule droite, mais combien de fois ces caractères ne sont-ils pas absents dans les kystes hydatiques du foie?

Deux caractères seulement eussent permis à M. Launay, s'il s'y

était arrêté, sinon de faire un diagnostic précis, presque impossible, du moins d'éliminer l'idée d'un kyste hydatique du foie, à savoir, en premier lieu la *mobilité* de la tumeur. Cette mobilité dans le sens transversal qui est un des caractères des tumeurs des mésos, était signalée par le malade qui déclarait avoir vu sa tumeur passer d'un côté à l'autre de son abdomen; elle avait été constatée par M. Launay lui-même au cours de son examen.

En second lieu, M. Launay a omis d'examiner ou de faire examiner les urines de son malade. S'il avait, ainsi que je l'ai montré dans ma thèse inaugurale (1), recherché à l'aide de la réaction de Gmelin les sels biliaires dans les urines, il en eût très probablement constaté l'absence totale ce qui l'eût conduit à mettre hors de cause le foie.

Ce sont là, Messieurs, des critiques aisées parce qu'elles viennent après coup, et que nous eussions très probablement méritées nous-mêmes en présence d'un cas aussi insolite; critiques d'ailleurs bien modestes et qui ne diminuent certainement en rien la sagacité clinique et la valeur chirurgicale dont a fait preuve en la circonstance M. Launay, et qui lui mériteront, je l'espère, de prendre place bientôt au milieu de vous.

Je vous propose, Messieurs, de remercier M. Launay de son intéressante communication, de déposer son mémoire dans nos archives, et de vous souvenir de ses titres lors de la nomination d'un membre titulaire de la Société.

M. Quénu. — Je veux relever seulement l'absolutisme d'une proposition du rapport de M. Potherat. *La mobilité latérale n'existe pas dans les kystes hydatiques du foie.* J'ai vu des kystes hydatiques du bord antérieur de la glande et surtout des kystes pédiculés qui présentaient nettement cette mobilité, et j'ai particulièrement présent à la mémoire un cas vu par une série de nos collègues et de nos maîtres qui présentait nettement cette mobilité. Il ne faut donc pas faire de cette absence de mobilité un signe pathognomonique.

M. Hartmann. — Comme M. Quénu, je trouve que M. Potherat a été un peu absolu lorsqu'il nous a dit que la mobilité latérale devait faire éliminer l'idée d'un kyste du foie, car j'ai eu aussi l'occasion d'observer un kyste hydatique pédiculé de la face inférieure du foie qui présentait cette mobilité latérale. Je trouve de même qu'il a encore été un peu absolu lorsqu'il nous a dit que

(1) *Diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie*, Paris 1889.

l'absence de pigments biliaires dans l'urine éliminait l'idée d'un kyste hydatique du foie. Exceptionnellement, mais dans des faits bien observés, j'ai vu des kystes hydatiques du foie exister sans traces de pigments biliaires dans l'urine.

M. Kirmisson. — M. Potherat trouvera dans un des récents numéros du *Centralblatt* une observation de kyste hydatique du mésentère.

M. Potherat. — Je suis reconnaissant à notre Président, M. Kirmisson, d'avoir cité le nouveau cas de kyste dermoïde du mésentère qu'il a trouvé dans ses lectures. Ces cas sont rares, et il est bon de ne pas les laisser ignorés.

Je répondrai à MM. Quénu et Hartmann qu'en m'objectant que les kystes *pédiculés* de la face inférieure du foie sont ou peuvent être mobiles transversalement ils ne s'exposent à aucune contradiction. Mais je leur dirai que ces kystes pédiculés sont très rares, et que, par suite, la mobilité transversale des kystes hydatiques du foie est exceptionnelle. Ce n'est donc pas là un caractère habituel; les exceptions confirment les règles, et la règle ici c'est que les kystes hydatiques du foie ne sont pas mobiles *transversalement*. Si j'avais dit que ces kystes n'ont *jamais* cette mobilité, ma parole eût dépassé ma pensée, car, pour ma part, j'ai depuis longtemps accepté cet axiome de mon regretté maître Trélat, que le mot *jamais* ne doit pas avoir cours en pathologie.

M. Hartmann m'objecte, en outre, qu'un examen des urines négatif au point de vue de la présence de sels biliaires ne doit pas mettre hors de cause le foie, car il a lui-même observé des kystes pédiculés du foie chez des sujets dont les urines n'ont présenté aucun pigment ou sel biliaire.

Je ne puis contester son affirmation ; ce sont là des constatations qui lui sont personnelles, et par suite indéniables. Elles sont toutefois en contradiction avec ce que j'ai observé dans un très grand nombre de cas. Depuis 1888, j'ai examiné à ce point de vue tous les cas de kystes hydatiques du foie que j'ai observés; dans *tous*, j'ai trouvé des sels biliaires, et dans tous les cas où les signes semblaient être en faveur d'un kyste hydatique du foie, et où la réaction de Gmelin avait été négative il ne s'agissait pas, en dernière analyse de kystes du foie. Je rappellerai seulement les deux cas où mon maître Trélat avait cru devoir porter le diagnostic de kyste hydatique du foie, et où l'absence de sels biliaires dans les urines indiquait que le foie devait être mis hors de cause. Or, dans les deux cas, il s'agissait de faits tout à fait anormaux, de vastes abcès froids sous-hépatiques. Je dis donc, en me basant

sur l'analyse de très nombreux cas, qu'en présence d'une tumeur du flanc droit, dont l'origine est incertaine, la présence de sels biliaires dans les urines doit faire incriminer le foie, l'absence de toute réaction biliaire des urines doit faire mettre cet organe hors de cause.

Communication.

Kyste de l'épididyme à pédicule tordu,

par M. L.-G. RICHELOT.

Un fait clinique, si minime qu'il soit, peut mériter qu'on l'enregistre. Celui-ci vaut d'abord par son extrême rareté ; je n'ai pas fait de recherches bibliographiques, de peur de passer beaucoup de temps à ne rien trouver; la plupart de mes collègues, sans doute, n'ont jamais vu cas pareil. Mais il peut se voir de nouveau, et il est bon d'en être prévenu, car sa connaissance peut nous éviter quelques erreurs désagréables ou même dangereuses.

Les kystes de l'ovaire ne sont plus seuls à tordre leur pédicule ; la trompe a suivi leur exemple; à leur tour, les parovariens s'en mêlent; nous avons vu l'utérus lui-même prendre son segment inférieur pour un pédicule et pivoter sur son axe, l'épiploon se rouler en corde et étrangler ses vaisseaux. Tous les pédicules se tordent, nous le savons maintenant, et il s'ensuit des phénomènes de sphacèle et d'infection. Mais la chose était ignorée jusqu'ici, ou du moins je l'ignorais, pour les kystes de l'épididyme. En voici un exemple très net :

L'année dernière, au moment des vacances de Pâques, un garçon de treize ans m'est amené à Saint-Louis par sa mère ; un confrère me l'adresse sous la rubrique « hernie inguinale droite », et me demande mon avis. Je trouve, non pas une hernie, mais un petit kyste arrondi, à paroi mince, très mobile, allant et venant sous la pression des doigts, qui le repoussent dans le trajet inguinal et l'en font sortir à volonté. Toute la région est parfaitement saine, et je n'hésite pas à faire de cette petite tumeur un « kyste du cordon », c'est-à-dire un kyste ayant pour origine un défaut d'oblitération du conduit vagino-péritonéal. L'extrême mobilité, l'absence de connexions avec l'épididyme, m'empêchent de le rattacher aux voies spermatiques.

J'allais quitter Paris pour huit jours; je dis à la mère de me

ramener l'enfant après les vacances de Pâques. Ce qui fut fait; mais alors, la situation avait changé. On me présenta un petit malade ayant la moitié droite du scrotum volumineuse, rouge, tendue, douloureuse. De kyste, il n'y avait plus trace; mais la masse inflammatoire avait tous les caractères de l'orchi-épididymite aiguë ou subaiguë de l'adulte. Aucune cause visible ne pouvait être invoquée, rien d'urétral, nul traumatisme; l'orchite me paraissait inexplicable, mais elle existait, et j'admis que, si le kyste ne se retrouvait plus, c'est qu'il était englobé dans la masse. Quel rapport établir entre la petite tumeur et le développement des phénomènes inflammatoires? Je le cherchai vainement, et je ne soupçonnai pas un instant le rôle qu'il y jouait; mais enfin, je le cherchai, et cela me préserva d'une grosse erreur, car si j'avais vu l'enfant ce jour-là pour la première fois, j'aurais pensé naturellement, forcément à la tuberculose.

La douleur était modérée, la marche possible; j'ordonnai l'enveloppement ouaté avec un suspensoir, et j'attendis pour mieux juger. Au bout d'une quinzaine de jours, nouveau changement : l'inflammation est tombée, le scrotum est dégonflé, l'épididyme est sain et distinct; sa tête est surmontée d'une petite tumeur adhérente, immobile, faisant corps avec lui et dépressible, sinon fluctuante. J'ai retrouvé mon kyste, mais il est désormais fixé à l'épididyme et ne s'en détache plus. Je comprends bien que des adhérences inflammatoires se soient formées, mais je continue à ne pas comprendre l'inflammation elle-même.

Quoi qu'il en soit, l'orage est calmé et permet d'intervenir. Le 14 avril 1902, je découvre par une incision le petit kyste, au milieu de tissus légèrement infiltrés, je le détache de ses adhérences et je l'énuclée peu à peu. Sa paroi est épaisse, jaunâtre, molle et friable. Quand il est sorti de sa loge, je constate avec surprise qu'il est relié à la tête de l'épididyme par un mince pédicule, *trois fois tordu sur lui-même*, et qui, déroulé, s'allonge au point d'expliquer parfaitement l'indépendance apparente et la mobilité que j'avais reconnues le premier jour.

Alors, tout s'éclaircit : kyste de l'épididyme à long pédicule, pris pour un kyste du cordon; torsion du pédicule, et phénomènes inflammatoires comparables à ceux que présentent, dans les mêmes conditions, les kystes de l'ovaire. Ablation, suture sans drainage et guérison rapide.

Je reviens sur la réflexion que j'ai faite à propos du diagnostic, en présence des phénomènes d'orchi-épididymite subaiguë. Les circonstances m'ont servi. J'avais vu l'enfant huit jours auparavant, avec un scrotum absolument sain et un kyste inguinal; quand j'ai vu ensuite la tuméfaction, je l'ai rattachée vaguement

à la présence du kyste, je ne me suis pas hâté de conclure, j'ai attendu que la genèse des accidents voulût bien s'éclaircir. Autrement, je mets en fait qu'il y avait un diagnostic à faire, un seul : tuberculose épididymaire à forme subaiguë. Et plus tard, quand j'aurais constaté le dégonflement du scrotum et la présence d'une tuméfaction rénitente annexée à la tête de l'épididyme, n'aurais-je pas conclu à la chute des phénomènes subaigus et à la persistance d'une lésion tuberculeuse ? Et n'étais-je pas exposé, sur cette erreur, à me livrer aux écarts d'une médication banale que souvent les médecins recommandent sans indications suffisantes, et que les parents acceptent toujours avec joie pour « développer » ou « fortifier » leurs enfants, vin et viande en excès, huile de foie de morue, etc. ? J'aurais pu faire des prescriptions sages et révisables ; mais ce germe-là, déposé dans le cerveau d'une mère, est vivace et fructifie toujours ; la moindre autorisation médicale excite à tout jamais leur aveugle tendance à gorger leurs enfants d'une nourriture excessive, accompagnée de médicaments nuisibles.

Je ne veux pas chercher, dans le fait particulier que je vous présente, un prétexte pour aborder une discussion d'ordre général qui ne s'y rattache que très indirectement. Vous me pardonnerez, néanmoins, de rappeler à ce propos combien il est utile au chirurgien de ne pas prendre le change sur les indications thérapeutiques qui découlent de certaines lésions. Il y a quelques années, je fus consulté pour un jeune garçon qui avait une douleur persistante au niveau des vertèbres du cou et tenait la tête penchée en avant ; le diagnostic était : mal de Pott cervical, et on avait prescrit minerves et appareils plâtrés, repos horizontal, « régime fortifiant », c'est-à-dire gavage immodéré. Moizard consulté hésitait, penchait même vers ce diagnostic. Or l'enfant, né d'une mère profondément arthritique, était nerveux, semblable à sa mère ; il avait une douleur cervicale et des muscles faibles, mais aucune lésion des vertèbres. Je le montrai de nouveau à Moizard, qui fut de mon avis et approuva la gymnastique suédoise ainsi qu'un régime mieux approprié aux facultés digestives du petit malade. Que fût-il arrivé de lui, si on eût immobilisé ses membres et surmené son estomac ? Au bout de quelque temps, i n'était plus question de douleur cervicale ni de mal de Pott.

Autre exemple : j'ai connaissance d'un enfant chez lequel des médecins de premier ordre et un chirurgien des hôpitaux de Paris croyaient à une coxalgie tuberculeuse, si bien qu'ils prescrivirent une gouttière, le repos au lit et l'inévitable gavage.

Enfant nerveux, de souche neuro-arthritique. Le traitement eut des effets si déplorables, que les parents s'alarmèrent et firent venir... un médecin de Lausanne. Peut-être est-il fâcheux que le soin de découvrir la véritable nature du mal n'ait pas pu être confié à un médecin français. Le fait est que le praticien consulté, reconnut une « névralgie de la hanche », une « dilatation de l'estomac », déclara que l'enfant mangeait trop et fit quitter l'appareil, le repos au lit, surtout l'empoisonnement par la viande et les médicaments. Déjà, deux de nos confrères avaient bien dit que l'enfant « n'avait rien »; seul, le praticien de Lausanne dit que l'enfant mangeait trop, seul il fut médecin. La guérison par le régime et l'hygiène ne se fit pas attendre.

Je m'excuse encore d'avoir rappelé ces faits à propos de mon kyste pédiculé. Il n'en est pas moins vrai que je m'applaudis — et c'est l'effet du hasard, non d'une sagacité particulière — de n'avoir pas cru, dans l'espèce, à une lésion tuberculeuse; il n'en est pas moins vrai que l'erreur en question eût pu m'induire à donner de mauvais conseils; il est constant que les choses se passent ainsi journellement, que beaucoup de parents et de médecins, dans des cas analogues, font suivre aux enfants une mauvaise hygiène par peur de la tuberculose ou seulement de l' « anémie » et de la « faiblesse », et s'évertuent à en faire des intoxiqués et des dyspeptiques avant l'âge.

J'ai trouvé, en somme, à mon observation un intérêt clinique particulier résultant de l'évolution des symptômes dans une région déterminée, et des erreurs qui pouvaient s'ensuivre. A défaut de ce mérite, elle aurait au moins celui de vous montrer, peut-être pour la première fois, un *kyste de l'épididyme à pédicule tordu*, avec l'appareil symptomatique qui appartient à ces tortions, c'est-à-dire un fait curieux, exceptionnel, et qu'il m'a paru bon de noter en passant.

Présentation de pièces.

Fracture spontanée du tibia droit. Raréfaction générale de cet os.

M. Routier. — Voici deux radiographies sur lesquelles vous pouvez voir une fracture transversale du tibia droit à peu près vers son milieu; vous voyez en même temps que l'os est raréfié dans toute son étendue.

Le fémur, le péroné, les autres os ne présentent pas traces de ces lésions.

Qu'est-ce, que dois-je faire? La consolidation ne se fait pas depuis deux mois.

Gomme tuberculeuse. Fistule anale borgne interne.

M. ROUTIER. — La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter me paraît assez curieuse, c'est une tumeur que j'ai enlevée chez une jeune femme de vingt-cinq ans que j'ai déjà opérée il y a deux ans pour une appendicite.

Cette jeune femme assez maigre est revenue dans mon service en septembre 1903 pour une bartholinite qui fut enlevée le 8. Elle avait déjà à ce moment sur le côté gauche de l'anus une tumeur distante du rectum et de l'ischion, tumeur grosse comme un petit œuf de poule, mobile, un peu douloureuse.

Le toucher rectal ne révélait pas grand'chose : il semblait que la tumeur était mobile par rapport au rectum.

On aurait dit un abcès de la marge, un peu plus distant que d'habitude, un peu plus profond.

Le 8 octobre j'ai enlevé cette grosseur ; mon dernier coup de ciseau a coupé la muqueuse rectale qui s'enfonçait dans la tumeur comme un doigt de gant. Pour compléter mon opération j'ai fait sauter le pont anal et j'ai suturé la plaie ainsi formée, elle est aujourd'hui réunie.

Cette tumeur est formée comme vous le voyez par une sorte de doigt de gant incomplet de la muqueuse anale entourée d'un épaississement des tissus voisins.

C'est une fistule borgne interne à son début; il est rare, je crois, d'enlever des lésions à une pareille époque de leur développement.

Hypertrophie mammaire unilatérale. Grossesse. Ablation. Guérison.

M. ROUTIER. — La tumeur que voici qui pèse 6 kil. 275 est le sein droit d'une jeune femme de vingt-deux ans que j'ai opérée le 8 octobre.

Cette jeune femme réglée à quatorze ans subit un mois après une transformation complète, ses seins grossirent tout à coup, ses hanches se développèrent. La petite fille devint femme en moins de trois semaines.

Dès cette époque, elle vit se produire sur son sein droit près du mamelon une petite boule sous-cutanée qui grossit insensiblement mais qui arriva à rendre le sein droit double du sein gauche au moment de son mariage, il y a cinq mois.

Elle est devenue enceinte presque tout de suite et alors elle a vu son sein droit augmenter à vue d'œil pendant qu'elle pâlissait tous les jours davantage et qu'elle sentait ses forces diminuer.

C'est d'une part cette augmentation brusque, d'autre part cette anémie progressive évidemment en rapport avec sa grossesse, qui m'ont décidé à l'opérer.

Pour éviter une action nocive sur l'utérus j'ai pendant les deux jours qui ont précédé l'opération fait faire des injections sous-cutanées de 0,01 centigramme de morphine, qu'on a continuées deux jours après.

La jeune femme va parfaitement, elle continue à sentir remuer son enfant, et elle reprend tous les jours des couleurs. Cette tumeur paraît être une hypertrophie pure et simple du sein avec beaucoup d'œdème des tissus; un examen histologique sera fait, j'en donnerai le résultat.

Calcul vésical développé, autour d'une épingle à cheveux, chez une fillette de quatre ans et demi.

M. Albarran. — J'ai l'honneur de vous présenter un gros calcul phosphatique de la vessie, développé autour d'une épingle à cheveux chez une filette de quatre ans et demi. Depuis un an l'enfant présentait des phénomènes de cystite devenus de plus en plus intense; il y a déjà quelques mois qu'elle avait de l'incontinence diurne et nocturne et que ses urines, très purulentes, étaient souvent sanguinolentes. Parfois l'hématurie était fort abondante pendant plusieurs jours de suite.

Le diagnostic de calcul vésical fut facilement fait par le double palper rectal et hypogastrique et par le contact direct du calcul avec la sonde. La vessie n'ayant aucune capacité, je fus obligé de faire la taille hypogastrique : la vessie fut complètement fermée (sans sonde à demeure). Guérison régulière.

Je trouvai dans la vessie une épingle à cheveux dont les deux pointes s'enfonçaient dans la paroi postérieure du réservoir et dont la boucle touchait à la paroi antérieure; autour de la portion centrale de l'aiguille s'était formé un volumineux calcul.

Il est fréquent de trouver des épingles à cheveux plus ou moins incrustées dans la vessie des femmes, mais il m'a paru curieux

d'en voir dans une vessie d'enfant. D'après les renseignements l'épingle a dû être introduite dans la vessie lorsque l'enfant n'avait pas encore quatre ans. J'ai pu savoir, par la mère, que la fillette avait des habitudes d'onanisme ; cela est déjà rare à son âge, excepté peut-être chez les idiots, et l'enfant est fort intelligente. Il est encore plus bizarre de voir une si petite fillette se servir elle-même, pour ses manœuvres, d'une épingle à cheveux. Peut-être s'agit-il ici d'un cas d'hétéro-masturbation.

Goitre du poids de 1.850 grammes. Extirpation sans narcose. Guérison.

M. AUGUSTE REVERDIN (de Genève). — Mme G... âgée de cinquante-deux ans, originaire de la Haute-Savoie, rentière, nous est présentée, le 2 mars 1903 par notre ami le Dr Falquet de Genève.

La malade a perdu son père à l'âge de soixante-neuf ans d'un cancer de l'estomac, et sa mère à soixante-dix ans de fatigue et de vieillesse. Deux de ses frères ont succombé, l'un à une fluxion de poitrine, l'autre à la diphtérie.

Elle conserve encore un frère de soixante-trois ans et deux sœurs plus jeunes, tous en bonne santé.

Mme G... est vigoureuse. Dans son enfance elle a eu la rougeole et la scarlatine ; à l'âge de vingt ans la variole.

Ces diverses maladies n'ont laissé aucun trouble dans sa santé. Réglée à dix-huit ans, elle entre à quarante-cinq ans dans la ménopause. Jamais d'enfant ni de fausse couche. A partir de 1880 son cou commença à grossir. Elle consulte le professeur J. L. Reverdin qui lui prescrit des pilules iodoformées, tout en la prévenant qu'une opération deviendra nécessaire.

La malade n'écouta pas ce conseil quoique son goitre prit un rapide développement, surtout à partir de l'époque de la ménopause.

Depuis 1896 cet accroissement s'est beaucoup ralenti, mais le Dr Falquet voyant les troubles respiratoires aller en s'accentuant et commençant à incommoder sérieusement la malade, insiste pour qu'elle se décide à l'opération. La malade se plaint d'une véritable dyspnée d'effort dès qu'elle marche vite ou monte les escaliers.

Elle n'a jamais eu de crises d'oppression nocturne grave. Vers la fin de l'été 1902 elle ressentit des troubles divers : vertiges, maux d'estomac, douleurs de tête, etc.

Etant donné ces symptômes de plus en plus alarmants, j'obtiens son consentement à l'opération et complète mon examen le 25 février 1903. Pour l'aspect général de la tumeur : voir la photographie. Cette masse énorme occupe le côté gauche du cou. Assez mobile sur les parties profondes, elle est molle par place, tandis qu'ailleurs elle est plus résistante, dure. Elle se déplace pendant les mouvements de déglutition.

La trachée et le larynx sont fortement refoulés à droite.

Le cartilage thyroïde correspond à l'angle de la mâchoire, tandis que la carotide gauche bat au dessous de l'apophyse mastoïde.

Il n'y a pas de troubles de la déglutition, ni de dilatation pupillaire. Lorsque la malade se baisse, elle ressent une constriction intense du côté des tempes, du malaise.

Le 6 mars 1903, ayant fait entendre à la malade que dans son cas je redoutais l'anesthésie générale, je me bornai à une anesthésie locale par le procédé d'infiltration de Schleich. La malade ne bronche pas durant toute l'opération ; en revanche elle se plaint lorsque, tout étant terminé, on lui injecte de l'eau salée sous la peau de la cuisse !

Une vaste incision à convexité dirigée en bas et à gauche divise la peau. Les muscles sont très minces, atrophiés ; par contre les vaisseaux ne manquent pas. Deux veines grosses comme le petit doigt descendent verticalement sur toute la face antérieure de la tumeur, elles sont coupées entre deux ligatures. Nous cherchons un bon plan de clivage par en haut et ne tardons pas à le trouver ; la thyroïdienne supérieure est liée sans peine. Le dégagement de la masse s'effectue sans incident; la thyroïdienne inférieure, un peu difficile à découvrir, est liée tout près de la tumeur. Nous n'apercevons pas le récurrent, mais afin de nous assurer qu'il ne reçoit pas de dangereux coups de pince, nous faisons de temps à autre parler la malade et constatons ainsi que la voix reste bonne. C'est là un réel avantage de la non-anesthésie. Après une sévère revision de notre hémostase, je ferme la plaie, en réparant autant que possible, les désordres causés dans la musculature et en tamponnant la partie inférieure de la cavité avec un drain entouré d'un peu de gaze.

La peau, dont nous ne retranchons rien, est suturée au crin de Florence. — Sur une jeune malade, ou chez une personne anesthésiée, j'aurais certainement retranché une partie du tégument; mais dans le cas présent, j'ai cru devoir m'en abstenir pour ne pas prolonger l'opération, ni surtout mettre le courage de la malade à plus longue épreuve. On verra sur la photographie que les traces laissées par l'opération n'ont rien de très disgracieux La rétraction de la peau n'est d'ailleurs pas encore achevée et le ré-

sultat définitif sera meilleur que celui que nous avons, aujourd'hui 30 avril, moins de deux mois après l'opération.

La perte de sang a été minime, la malade est un peu pâle, mais ne souffre guère. L'opération, pour laquelle j'étais assisté de première main par mon cousin le Dr Louis Senn, a duré vingt-cinq minutes.

Les suites ont été des plus normales; réunion par première intention, sauf dans l'angle inférieur de la plaie où nous avons conservé le tamponnement pendant quatre jours.

La température maximale a été de 38,3 le quatrième jour au soir.

La malade se lève dès le troisième jour, suivant en cela mes conseils. Voici bien des années déjà que je fais lever ces malades le plus vite possible.

Dans la station debout, ils respirent, avalent, toussent et crachent plus aisément. Ils sont moins congestionnés et les mouvements qu'ils font mettent moins à contribution les muscles du cou que lorsqu'ils les exécutent péniblement dans leur lit. Enfin un malade qui est resté levé une partie de la journée retrouve sa couche avec plaisir et a des chances de mieux dormir.

La tumeur de forme régulièrement sphérique pèse 1 kilog. 800 grammes. Son volume, son poids et sa forme, faisant surtout l'intérêt de cette pièce, nous ne l'avons pas ouverte; nous avons sans aucun doute affaire à un goître colloïde. Les tumeurs de cette espèce acquièrent les plus grandes dimensions, tout en conservant une forme assez régulière.

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1903

Présidence de M. KIRMISSON.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques des deux dernières semaines.

2°. — Une lettre de M. QUÉNU qui, pour des raisons de santé, demande à être mis en congé jusqu'au 1er décembre.

3°. — Des lettres de MM. ARROU, RIEFFEL et LYOT qui demandent à être inscrits sur la liste des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante.

4°. — Un travail de M. RIEFFEL, intitulé : *Sur les appendices branchiaux du cou.* — Le travail de M. RIEFFEL est renvoyé à une Commission dont M. BROCA est nommé rapporteur.

5° — Un travail de M. GAUDIER (de Lille), intitulé : *Un nouveau procédé de cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant.* — Le travail de M. GAUDIER est renvoyé à une Commission dont M. FÉLIZET est nommé rapporteur.

6°. — Deux exemplaires de la thèse inaugurale de M. GUIBAL, intitulée : *Le traitement sanglant des fractures de jambe.* — M. GUIBAL demande à être inscrit sur la liste des candidats au prix Marjolin-Duval.

7° — Deux exemplaires de la thèse inaugurale de M. KATZ, intitulée : *Le traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie.* — M. KATZ demande à être inscrit sur la liste des candidats au prix Marjolin-Duval.

8°. — M. François HUE (de Rouen) adresse à la Société de chirurgie le volume qu'il vient de publier avec ce titre : *Histoire de l'Hospice général de Rouen.* — M. le Président adresse des remerciements à M. François HUE.

M. LE PRÉSIDENT. — J'ai encore la douloureuse mission de vous annoncer la mort d'un de nos correspondants étrangers, M. GALLET (de Bruxelles), qui nous a été enlevé prématurément par une cruelle maladie.

Lecture.

M. TAILHEFER (de Béziers) lit un mémoire sur *une hernie inguinale du rein.* — M. BROCA, rapporteur.

Communications.

De la dégénérescence maligne du moignon cervical après l'hystérectomie subtotale pour fibrome. Remarques sur la myomectomie,

par M. L.-G. RICHELOT.

Il y a quelques années, les chirurgiens se débattaient contre de grosses difficultés quand ils voulaient extirper les fibromes utérins. Ils firent d'abord d'énormes pédicules, qui leur donnaient des accidents; puis la portion d'utérus laissée dans la cavité pelvienne se réduisit peu à peu, jusqu'au jour où il apparut que le meilleur moyen de supprimer les accidents causés par le pédicule était de supprimer le pédicule lui-même, et où la technique plus habile et plus clairvoyante permit enfin d'aller jusque-là. Aussitôt il fut partout question de l' « hystérectomie totale », presque tout le monde en fut partisan et chanta ses louanges. Ce fut le couronnement d'une longue carrière, le succès journalier, le triomphe définitif de l'hystérectomie pour fibromes.

Comment donc se fait-il qu'aujourd'hui beaucoup de chirurgiens, et des plus autorisés, soient revenus en arrière et tiennent à faire un pédicule? Bien minime, à la vérité; l'hystérectomie est

« subtotale », on fait une section nette immédiatement au-dessus de l'insertion du vagin, il ne reste qu'une partie du segment inférieur, le museau de tanche; il est facile de creuser légèrement ce petit moignon, de le fermer par la suture et de le recouvrir de péritoine.

Avant de critiquer cette manière de faire, reconnaissons tout d'abord ce qu'elle a de bon et de légitime. Il serait injuste de comparer les subtotales d'aujourd'hui aux supra-vaginales d'autrefois. Les subtotales sont d'excellentes opérations; quand on a bien dégagé le segment inférieur, ou même avant toute libération, il est expéditif de couper transversalement au-dessus du vagin sans chercher à pénétrer dans ce conduit. Le traitement du petit moignon est plein de sécurité, l'infection a disparu. Que veut-on de plus ?

Jusqu'ici, je ne veux rien de plus. Je dis seulement que les mérites de la subtotale me paraissent être exactement ceux de la totale, et je reproche à la première, non d'être inférieure à la seconde, mais de se croire supérieure, « infiniment supérieure ». Le reproche n'est pas grave; mais si petite que soit la nuance, il y a toujours quelque intérêt à voir les choses comme elles sont. Par quelle paresse de l'esprit ou des doigts, par quelle vue inexacte des procédés de la totale a-t-on pensé qu'il y eût, dans la confection de ce petit moignon, une facilité de plus ou une sécurité plus grande? Pour la facilité : si je fais la totale, je taille obliquement l'insertion vaginale, au lieu de couper transversalement au-dessus; mes ciseaux pénètrent d'emblée dans le vagin, et, comme il faut les conduire en arrière et sur les côtés, la manœuvre dure un instant de plus que la section transversale; à part cet instant, je ne concède rien. Pour la sécurité : on a dit que la totale donne plus de sang, c'est absolument faux, à moins qu'on ne fasse une totale de fantaisie, qu'on n'aille couper très bas la paroi vaginale et rencontrer des artères qui n'existent pas au niveau de l'insertion. On a parlé aussi d'infection ascendante, mais le péril vaginal est une vieille rengaine. Regardez la surface lisse et polie de la voûte vaginale, et dites s'il est difficile de l'aseptiser par le lavage; rappelez-vous les expériences qui ont été faites sur ce lavage et aussi sur la flore bactérienne du canal génital. Rappelez-vous que, chez la femme saine, les microbes du vagin ne sont pas pathogènes et que la cavité cervico-utérine n'en contient pas; que si, dans un cas particulier, le vagin est infecté, la cavité cervicale peut l'être aussi, et qu'il n'y a pas de raison pour que l'ouverture de l'un soit plus dangereuse que celle de l'autre. Rappelez-vous enfin que jamais cette ouverture béante ne fut une objection sérieuse contre l'hystérectomie vaginale ni une entrave à ses

succès, et qu'en opérant par l'abdomen on est, à ce point de vue, dans de meilleures conditions, puisqu'on ferme le conduit aussitôt qu'il est ouvert.

Vous voyez que je défends la totale, bien plus que je n'attaque sa voisine. Je vais plus loin : l'égale facilité et l'égale sécurité n'existent que dans les cas ordinaires, typiques ou peu s'en faut, dans les cas où le segment inférieur ne contient pas de fibromes. Mais, si la présence d'une ou de plusieurs tumeurs déforme ce segment et déplace l'insertion, l'opération n'obéit plus à des règles précises; on peut être amené à ouvrir le vagin et à faire, sans parti pris d'avance, une ablation totale; plus souvent, l'incertitude qui règne sur le lieu de l'insertion, le voisinage de la vessie et de l'uretère engagent l'opérateur à faire la section plus haut. C'est la subtotale, c'est même la supra-vaginale d'autrefois et son long pédicule qui peuvent, dans des cas pareils, être choisis et donner les meilleures chances. C'est encore la subtotale qui doit se faire, que j'ai faite bien des fois et que je ferai encore, lorsque l'épaisseur de la paroi abdominale et la fixité de l'utérus obligent à opérer tout au bout des doigts, au fond du petit bassin.

Donc, je le répète, la subtotale est très bonne. Si je considère seulement la technique et le succès immédiat de l'opération, je ne lui reproche autre chose que d'être préférée, dans la plupart des cas, pour des raisons qui me paraissent futiles. J'ai été étonné d'entendre un opérateur comme Bouilly, à la tribune du Congrès de chirurgie, en parler comme d'un dernier perfectionnement qui devait enfin nous donner confiance, et de voir le même sentiment se dégager des discours et des écrits de plusieurs de mes collègues, de lire des statistiques dans lesquelles un écart de deux ou trois unités semble donner tort à la totale, alors qu'il n'est pas tenu compte des multiples conditions que néglige forcément la statistique. Je ne crois pas qu'il y ait, en somme, la moindre différence de pronostic entre les deux procédés; toute ma pratique, depuis plusieurs années, en témoigne.

J'ai à peine besoin d'ajouter que, si je n'avais pas autre chose à dire aux partisans exclusifs de la subtotale, l'intérêt de mon plaidoyer serait mince, et ils pourraient me répondre à bon droit que ce n'était pas la peine de les déranger. Mais j'ai autre chose à leur dire.

Le moignon de la subtotale. — Ce moignon qu'on a laissé peut être un jour le siège d'une dégénérescence maligne, épithéliome ou sarcome. Disons tout d'abord que le fait, s'il est avéré, est bien de la faute de l'hystérectomie partielle, car, si on avait supprimé

le museau de tanche, c'est-à-dire une localisation possible, rien ne prouve que la malade eût fait un autre cancer.

Disons d'autre part, et sans plus tarder, que le fait est rare. Il est assez rare pour que, dans nos discussions de 1897 sur l'hystérectomie abdominale, alors qu'il s'agissait d'établir avant tout quel était le meilleur procédé pour rendre l'opération bénigne, le plus sûr pour sauver la femme des accidents immédiats, nous avons eu un instant cette vision sans nous y arrêter. Hartmann a cité un cas de moignon devenu cancéreux, il ne l'a pas retenu et n'en a pas tiré d'argument. Il serait, en effet, peu rationnel, pour échapper dans l'avenir à quelque danger lointain, problématique, de choisir l'opération qui donnerait pour le présent les moins bonnes garanties. Mais, si la technique est bien arrêtée et si nous avons le choix entre des procédés d'égale valeur, alors nous pouvons mettre en ligne de compte, sinon en première ligne, une éventualité que nous avions tout d'abord écartée comme importune. Voilà pourquoi j'ai tenu à rappeler que l'hystérectomie totale n'est pas généralement plus difficile ou plus dangereuse que la subtotale, et que, si elle peut nous rendre quelques services de plus, des chirurgiens d'expérience n'ont aucune raison péremptoire pour la repousser ou la négliger.

Il ne faut pas, non plus, exagérer la rareté de la dégénérescence. Je viens de rappeler le cas d'Hartmann; Le Dentu m'a dit, et m'a répété il y a quelques jours, qu'il en avait deux exemples; pour ma part, j'en ai observé trois. Il est vrai que Bouilly, sur une centaine de cas, n'a rien vu de semblable. Affaire de hasard; une centaine de cas, c'est peu de chose; et puis, il ne faut pas s'imaginer que nos anciennes opérées n'ont plus jamais rien quand nous les avons perdues de vue. Combien, dans la pratique hospitalière, nous échappent après un an ou deux! Nous les suivons assez longtemps pour savoir qu'elles sont contentes de n'avoir plus de fibromes, assez pour continuer notre enquête sur les troubles nerveux et la fameuse « sécrétion interne », mais si plus tard il arrive malheur, elles sont en province, ou bien elles ont oublié leur chirurgien plus vite que nous leur numéro, ou bien quelques guérisseurs les tiennent, ou encore, si elles sont malades, c'est que nous les avons mal opérées ; bref, plus d'une ont des raisons, bonnes ou mauvaises, pour ne pas revenir. C'est assez, je crois, pour ne pas nier toute importance à un fait qu'on n'a pas encore vu.

I. — Ma première malade, Jeanne V..., trente-neuf ans, fut opérée le 13 avril 1899, pour un gros utérus dont la lésion était obscure. L'épaisseur de la paroi abdominale chargée de graisse

me permettait seulement de juger qu'il était assez régulièrement arrondi, mobile et n'atteignait pas tout à fait l'ombilic. Ces quelques signes, des douleurs, des hémorragies et aussi des pertes séreuses me laissèrent hésiter entre un fibrome et un cancer du corps. La femme n'avait pas eu d'enfants; le vagin était fort étroit, le col intact et très haut situé. Les deux voies d'accès paraissant également difficiles, le diagnostic incertain me fit choisir la laparotomie.

J'abordai un utérus fibromateux, contenant une seule tumeur grosse comme les deux poings et développée aux dépens de son fond, si bien que les deux annexes et les ligaments larges étaient cachés tout au fond du petit bassin, et que, gêné par l'épaisseur de la paroi abdominale, j'opérais comme dans un puits. J'aurais bien voulu faire l'hystérectomie totale, car je me demandais encore si je ne trouverais pas de cancer dans la cavité utérine; mais dans un cas pareil, la subtotale était plus expéditive et plus sûre. Je me décidai pour elle, quitte à poursuivre l'extirpation du col, si l'examen de la cavité m'y forçait. L'utérus enlevé fut examiné séance tenante, il ne contenait rien de suspect; la tranche était saine; le moignon cervical, de son côté, n'offrait rien d'anormal. Je terminai l'opération sans autre incident.

Six mois plus tard, la malade revint se faire examiner, elle avait un cancer du col envahissant les culs-de-sac, et dont je tentai vainement l'extirpation par une seconde laparotomie. Devenue promptement cachectique, elle alla mourir dans son pays.

Je dois dire qu'ici l'apparition du cancer dans les six mois donne à penser qu'au moment de l'opération il pouvait exister déjà, trop peu avancé pour attirer l'attention. Cette opinion, d'ailleurs, a été mise en avant par Freund (1), par Goullioud et Gangolphe (2); elle peut être justifiée dans certains cas. Mais le fait, s'il était démontré, ne changerait rien à la question; il importe peu que le moignon soit destiné à devenir cancéreux ou qu'il ait déjà dans sa trame quelques cellules dégénérées qui échappent à l'examen clinique. Si j'avais opéré la femme deux ans plus tôt par le même procédé, son col n'en serait pas moins tombé malade le même jour et à la même heure.

II. — Deuxième fait : Mme B..., trente-huit ans, fut opérée le 2 juillet 1898. La tumeur montait au-dessus de l'ombilic ; un gros fibrome, entièrement sorti de la paroi, était largement pédiculé sur le fond de l'utérus ; le corps était gros comme les deux poings et contenait un fibrome interstitiel ; le col était hypertrophié,

(1) Freund. Huitième session de la *Soc. de gyn. allemande*, 1899, p. 231.
(2) Goullioud et Gangolphe. *Soc. de chir. de Lyon*, 27 décembre 1900.

scléreux. Deux hydrosalpinx obstruaient le petit bassin, de grosses veines sillonnaient les ligaments larges. La complexité de l'opération, la difficulté de l'hémostase m'engagèrent à couper simplement au-dessus de l'insertion vaginale; le museau de tanche fut laissé, la tranche et la cavité cervicales brûlées au thermo-cautère, et le petit moignon recouvert de péritoine. La malade resta guérie pendant trois ans; puis, à la fin de l'année 1901, elle eut de nouveau des pertes et des douleurs, et quand elle revint me voir, le 20 octobre 1902, elle avait un cancer envahissant du col et des culs-de-sac.

III. — Sur le troisième fait, je n'ai pas conservé de notes écrites. C'était une malade qu'un autre chirurgien avait opérée pour fibrome, en laissant un moignon; je ne la vis qu'en passant, et constatai un cancer du col, inopérable comme les précédents.

On voit que j'ai observé seulement des épithéliomes, c'est-à-dire que, sur un moignon d'utérus fibromateux, la muqueuse a dégénéré, sans qu'il y ait aucun rapport de tissu — nous verrons tout à l'heure quel rapport doit être admis — entre l'ancienne et la nouvelle tumeur. Mais il y a aussi des sarcomes. Avant de m'expliquer davantage, voyons ce que disent les auteurs et ce qu'a pu me révéler la littérature médicale. J'ai trouvé une dizaine d'observations, dans lesquelles la dégénérescence du pédicule est nettement indiquée.

Wehmer (1). — Femme de quarante-cinq ans. Elle était porteuse d'une tumeur utérine ayant acquis, en l'espace de trois mois, un volume considérable, avec fièvre et infiltration œdémateuse des membres. On fit l'hystérectomie abdominale avec pédicule externe, et l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibrome pur. Mais, au bout de quelques mois survint une repullulation au niveau de la cicatrice abdominale du pédicule. L'examen du tissu nouveau révéla un processus franchement sarcomateux. La femme succomba peu de temps après.

Menge (2). — Femme de cinquante-six ans, ayant eu six grossesses, et atteinte depuis dix ans d'une tumeur utérine diagnostiquée fibrome. Depuis quelques mois, la santé s'altérait sans motif appréciable; une intervention fut jugée nécessaire. Laparotomie et ablation d'une tumeur pesant 11 livres, accompagnée d'un peu d'ascite. Le moignon utérin fut traité suivant le procédé de Zweifel. L'examen du néoplasme fit voir qu'il s'agissait d'une

(1) Wehmer. *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, 1888, XIV, p. 106.
(2) Menge. *Centralblatt f. Gyn.*, 1895, XIX, p. 453.

tumeur histologiquement bénigne. Huit mois plus tard, la malade revient consulter pour une récidive ; mort le dixième jour ; examen du tissu morbide : myo-sarcome lymphangiectasique.

Savor (1). — Femme de cinquante-deux ans, ayant subi quatre ans auparavant l'hystérectomie avec pédicule rétro-péritonéal, pour un fibro-myome utérin. Depuis quelques semaines, leucorrhée abondante striée de sang. On trouva sur la lèvre postérieure du col une sorte de champignon envahissant déjà la paroi vaginale correspondante. On eut beaucoup de peine à faire l'excision du mal, à cause des adhérences. La malade guérit.

. Erlach (2). — L'auteur cite le cas d'une femme qui eut une dégénérescence maligne de son moignon, un an après une hystérectomie abdominale pratiquée pour un myome gangrené.

Schenk (3). — Femme de cinquante-sept ans, multipare. Depuis deux mois, métrorragies, douleurs, amaigrissement. On porte le diagnostic de *fibromyome*. Hystérectomie abdominale avec pédicule, le 16 décembre 1897. Le 14 avril 1898, les pertes et les douleurs recommencent; on trouve alors un champignon cervical, qui saigne facilement par le toucher. Une intervention nouvelle est refusée. Mort le 15 août 1898.

Freund (4) se borne à déclarer qu'il a vu un cas de moignon d'hystérectomie ayant subi la dégénérescence maligne.

Condamin (5). — Notre collègue de Lyon rapporte deux observations.

La première concerne une femme de cinquante-huit ans, atteinte d'un fibrome qui dépassait l'ombilic et s'accompagnait de métrorragies abondantes, mais non fétides, et de douleurs intenses. On fit l'hystérectomie abdominale subtotale. Un an après, cette femme recommençait à perdre, et on découvrit au fond du vagin une masse fongueuse qui, un peu plus tard, se montra au niveau de la cicatrice abdominale. Mort.

Le second fait est celui d'une femme de quarante ans, qui avait subi une hystérectomie subtotale pour fibrome. Au bout d'un an, il y avait une éventration pour laquelle on dut intervenir. Au cours de l'acte opératoire, on s'aperçut que le moignon avait sensiblement augmenté de volume. Quelques mois plus tard apparurent des douleurs et des pertes sanglantes, et fut constatée l'existence d'un épithéliome du col. Mort.

(1) Savor. *Soc. d'obst. et de gyn. de Vienne*, 1898, 14 juin.
(2) Erlach. *Soc. d'obs. et de gyn. de Vienne*, 1898, 14 juin.
(3) Schenk. *Archiv. für Gyn.*, 1901, LXIII, p. 455.
(4) Freund. Huitième session de la *Soc. de gyn., allm.*, 1899, p. 231.
(5) Condamin. *Soc. de chirurgie de Lyon*, 27 déc. 1900, et *Sem. gynécol.*, 1902, p. 113.

NOBLE (1). — Femme de trente-cinq ans; depuis plusieurs années, métrorragies et crises de péritonite pelvienne. On fit d'abord une laparotomie exploratrice, qui permit de constater la présence d'un fibrome utérin gros comme une noix de coco, d'un kyste de l'ovaire gauche et d'un hydro-salpinx droit avec nombreuses adhérences. Puis on pratiqua l'hystérectomie supra-vaginale; guérison rapide, pas d'examen histologique. Quatre mois plus tard, métrorragies; mort, au bout de quelques mois, de cancer utéro-vagino-pelvien.

MURTRY (2). — Femme de cinquante ans; hystérectomie pour fibrome datant de quatre années. En septembre 1902, la malade revint consulter pour un cancer de la paroi abdominale, à point de départ cervical, mais indépendant du moignon (?). Excision de la tumeur après laparotomie; guérison. Cette tumeur était un *épithéliome*.

Les observations précédentes sont les seules où j'aie trouvé quelque précision. Plusieurs chirurgiens parlent du même accident, mais en termes sommaires. C'est ainsi que SAVOR, en publiant le fait que j'ai mentionné, ajoute qu'il en a vu quatre autres, et cite un exemple qui aurait été relaté par VON HACKER. De son côté, SCHENK avance que son observation est la douzième connue dans la littérature médicale, mais il néglige de citer les autres.

Déjà, au Congrès de Paris, en 1897, PÉAN (3) formulait son opinion de la manière suivante : « Je préfère ne pas conserver le col dans l'hystérectomie abdominale, parce que je l'ai vu plusieurs fois devenir sarcomateux ou épithéliomateux les années suivantes. »

POZZI (4) a observé quatre ou cinq cas de ce genre. LANDAU (5) (de Berlin) signale aussi les moignons qui deviennent sarcomateux.

JACOBS (6) déclare avoir vu, en Amérique, deux cas de dégénérescence carcinomateuse survenue quelques mois après l'hystérectomie subtotale, et conclut à l'abandon des procédés à pédicule et du procédé américain.

Mais tous les auteurs ne sont pas à ce point pessimistes. ZWEIFEL (7) estime que la transformation maligne du moignon

(1) Noble. *Am. journ. of obst.* New-York, p. 503.
(2) Murtry. *Soc. médico-chirurgicale de Louisville*, 16 mai, 1902.
(3) Péan. Congrès de chir. de Paris, 1897.
(4) Pozzi. *Traité de gynécologie.*
(5) Landau. *Berlin. klin. Woch.*, 1899, n° 27, p. 581.
(6) Jacobs. *Centr. f. Gyn.*, 1896, XX, p. 21.
(7) Zweifel. *Soc. de gyn. de Berlin*, 24 mai 1899.

est très rare, et que cette éventualité ne justifie pas la condamnation des opérations partielles. Pas plus que Zweifel, je n'admettrais cette condamnation.

Bouilly (1), sur les cent et quelques femmes qu'il a traitées par l'hystérectomie supra-vaginale, n'a jamais constaté la dégénérescence. Abel (2), ayant examiné soixante-cinq cas (procédé de Zweifel), ne l'a pas constatée davantage, et même révoque en doute son authenticité. Thomas (3) de Londres), sur cent observations, est arrivé au même résultat négatif. Quiétude exagérée, à mon sens, fondée sur une vue un peu courte de la question.

De cette enquête, il faut naturellement écarter les opérations faites pour des tumeurs malignes et suivies de récidive sur le moignon; car nous sommes tous d'accord, en pareil cas, pour faire l'ablation totale. Burkhardt (4) opère une femme de vingt-sept ans, pour une tumeur utérine accompagnée d'hémorragies profuses; il fait l'hystérectomie supra-vaginale et reconnaît ensuite, par l'examen histologique, que la tumeur est un sarcome. Il juge que cette constatation l'oblige à intervenir une seconde fois, et trois semaines plus tard il enlève le moignon cervical. Au bout de dix-huit mois, la malade paraissait toujours guérie.

A ne prendre que les cas où le diagnostic de fibrome est bien établi, on voit que peu de faits ont été publiés *in extenso*, mais que d'autres, en assez grand nombre, ont été vus et sont rappelés chemin faisant. Il semble que les auteurs n'aient pris d'intérêt qu'à leurs ablations de fibromes, et qu'un échec tardif pour une pareille cause les ait laissés presque indifférents. Après tout, je les comprends : nous avons tous travaillé avec ardeur au succès définitif de l'hystérectomie; une fatalité venant s'abattre sur quelques femmes ne nous apprend rien de nouveau et n'ôte rien à la valeur de nos actes. On parle ainsi quand on a seulement en vue la mécanique des opérations et le succès immédiat; on parle autrement quand on songe que la pathologie a des lois qu'il faut connaître, et que ces lois sont faites pour inspirer nos décisions et régler nos procédés.

Les faits que j'étudie en ce moment n'ont rien pour moi d'inattendu, car l'*utérus fibromateux* n'est pas seulement un terrain sur lequel peuvent pousser les tumeurs malignes, il est le terrain sur lequel elles poussent; l'utérus fibromateux, c'est-à-dire ce trouble de nutrition dont les divers états forment une série inin-

(1) Bouilly. Congrès de chir. de Paris, 1899.
(2) Abel. *Arch. f. Gyn.*, 1898, LVII, p. 286.
(3) Thomas. *The Lancet*, 1902, p. 294.
(4) Burkhardt. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1900, XLIII, p. 8.

terrompue, où apparaît d'abord l'utérus scléreux de moyen volume, celui que Virchow a décrit dans son chapitre des myomes sous le nom de métrite parenchymateuse ; puis l' « utérus géant », fibromateux sans fibromes ou contenant quelques nodules gros comme des noisettes et perdus au milieu d'une masse hypertrophique ; enfin, l'utérus fibromateux proprement dit, dans lequel la néoplasie qui envahit tout l'organe se dispose çà et là en forme de lobes et de lobules, de dimensions et de volume infiniment varié.

Dire que la « sclérose utérine », sous ces diverses formes, précède et appelle les néoplasmes les plus graves, peut paraître excessif ; car jusqu'ici on a toujours vu, sinon un véritable antagonisme, du moins une séparation très nette entre les fibromes, tumeurs bénignes, et les cancers ; et toutes les fois qu'on a trouvé, dans le même utérus, un cancer à côté d'un fibrome, on a parlé de coïncidence fortuite, sans admettre ni relation ni parenté entre les deux affections. Dans notre discussion récente sur la pluralité des néoplasmes, des chirurgiens bien informés m'ont dit que nous savons encore trop peu de choses pour faire de si audacieux rapprochements ; si bien qu'un auditeur impartial de nos séances d'alors n'a pu en rapporter qu'une impression, c'est que deux tumeurs, bénigne et maligne, se rencontrent dans l'utérus par un simple effet du hasard, ou du moins qu'il est d'un médiocre intérêt de poser la question.

Cependant, si la tumeur maligne est un sarcome, les liens de parenté sont d'ores et déjà bien établis. La transformation sarcomateuse des fibromes est connue, elle n'est pas douteuse (1) ; elle se comprend d'elle-même et ne heurte aucune loi d'histogénie, puisque les deux espèces appartiennent à la série conjonctive. Or, à côté du fibrome, la paroi utérine est scléreuse et de structure identique ; le lobule fibreux n'est qu'un cas particulier de l'hypertrophie générale. Quoi d'étonnant à ce que la trame elle-même puisse devenir sarcomateuse, dans un utérus géant sans tumeurs, ou dans un pédicule, vestige de l'utérus hypertrophié ?

Pour l'épithéliome, la relation est moins claire. La dégénérescence carcinomateuse des fibromes est une impossibilité histologique ; Virchow pouvait y croire, parce qu'il admettait la genèse du cancer aux dépens du tissu conjonctif, mais aujourd'hui, carcinome et épithéliome étant synonymes, une tumeur fibreuse, d'origine mésodermique, n'a plus le droit de se muer en tumeur de la série épithéliale. Ce qui arrive, c'est qu'un double processus

(1) Fehling. *Beitr. zur Geb. und Gyn.*, 1899, I, p. 483 ; — O. de Franqué. *Zeitsch f. Geb. und Gyn.*, 1899, XL, p. 183.

envahit l'organe; un cancer né dans la muqueuse se propage au parenchyme, et très naturellement — l'épithéliome gagnant de proche en proche et ne respectant rien — envahit la masse fibreuse.

Or, j'ai déjà soutenu que ce double processus est d'une extrême fréquence, et qu'il n'est pas l'effet du hasard. Permettez-moi de me répéter. Nous avons tous vu des cancers du col ou de la cavité coïncider avec de gros fibromes; mais ce que nous avons vu encore, sans le remarquer et sans le dire, c'est l'état fibromateux inséparable du cancer. Rappelons nos souvenirs : sur un grand nombre d'utérus enlevés parce qu'ils étaient cancéreux, nous avons trouvé dans la paroi de petits noyaux fibreux que nous n'avions pas prévus et dont la constatation nous a paru dénuée d'intérêt; sur beaucoup d'autres, à coup sûr, il en existait que nous n'avons pas cherchés. Allons plus loin : tous nos utérus cancéreux, avec ou sans fibromes, étaient des utérus plus gros qu'à l'ordinaire, hypertrophiés, scléreux, tous présentaient les lésions de la « métrite parenchymateuse » de Virchow. Et ces lésions sont toujours les mêmes, qu'il s'agisse de l'utérus scléreux banal des arthritiques nerveuses, de l'utérus affecté de cancer du col ou de la cavité, de l'utérus pourvu de nodosités fibreuses : lésions d'hyperplasie simple, absence d'éléments inflammatoires et d'infiltrations leucocytaires; intégrité histologique des fibres musculaires, qui ne sont ni dissociées, ni interrompues par les travées fibreuses, mais qui sont augmentées de volume, augmentées de nombre au moins sur les utérus volumineux, où l'hyperplasie est aisée à constater par l'abondance des fibres-cellules nucléées jeunes; bandes de sclérose péri-vasculaire systématique, très différentes des traînées de tissu conjonctif lâche, muqueux, parsemé d'hémorragies interstitielles et d'amas de cellules embryonnaires, qui dispersent et étouffent les faisceaux musculaires dans les utérus. infectés. Je parle, naturellement, des cas types, et j'écarte ceux dans lesquels une infection secondaire s'est greffée sur un utérus fibromateux, comme nous le voyons parfois chez nos malades.

Si toujours, à côté de l'épithéliome, on trouve les altérations du parenchyme qui sont le caractère propre de l'utérus fibromateux, j'en conclus forcément que cette hyperplasie est le terrain favorable à l'éclosion du cancer.

Reste à comprendre, après l'avoir constatée, cette relation tout d'abord mystérieuse entre l'affection parenchymateuse et la néoplasie épithéliale. Au demeurant, elle est fort simple. Tous les utérus dont il vient d'être question sont pourvus d'une muqueuse hypertrophiée dans toutes ses parties. Sauf le cas d'infection surajoutée, l'épithélium de revêtement et celui des glandes sont

intacts, normaux. Les glandes sont allongées, flexueuses, ramifiées, plus serrées et plus nombreuses, mais elles ne présentent pas d'altération structurale, et ce caractère, joint à l'intégrité du stroma et à l'absence d'infiltration leucocytaire, montre qu'il s'agit encore là d'une hypertrophie pure et simple. Telle est la « métrite glandulaire hypertrophique » des auteurs, celle qui a fait dire à plusieurs que la métrite prédispose au cancer, celle dont Pozzi a dit que « si elle résiste pendant plusieurs mois à une série de curettages, elle montre par cela même une tendance à se transformer en épithéliome », celle enfin qu'on a toujours confondue avec la métrite infectieuse, comme si l'infection pouvait expliquer cette production nouvelle portant sur des éléments nobles et des organites compliqués, comme si l'invasion microbienne, qui altère et détruit l'épithélium, qui laisse après elle des lésions atrophiques, pouvait en même temps donner la vie, créer des glandes et des fibres musculaires. Le malheur est que l'infection n'est pas rare et peut toujours intervenir pour troubler notre jugement, et c'est pourquoi les histologistes, en présence de certaines coupes, ont admis qu'elle pouvait souffler le chaud et le froid, détruire et espacer les glandes étouffées par le stroma, ou les faire plus serrées et plus nombreuses. C'est qu'ils ont vu, sans doute, des muqueuses hypertrophiées que les microbes avaient envahis, et qu'ils n'ont pas su faire la distinction entre les deux processus.

Combien de fois n'a-t-elle pas donné le change, non seulement aux chirurgiens, mais encore aux maîtres du microscope, cette hyperthrophie de la muqueuse utérine? Tantôt l'histologiste avait dit « cancer », et le mal n'est pas revenu; tantôt il avait dit « métrite », et plus sûrement encore la récidive a démenti son affirmation. Je me souviens d'avoir présenté à la Société de chirurgie, — il y a longtemps, nous en étions encore à comparer les mérites de l'hystérectomie vaginale et des résections du col, — un utérus que je venais d'enlever pour un épithéliome du museau de tanche, et dans lequel Boussi avait trouvé un cancer diffus de la muqueuse utérine. A quelque temps de là, j'eus l'occasion de montrer à Brault les préparations microscopiques de Boussi, et Brault me déclara qu'il s'agissait d'une simple métrite; et je vis moi-même sous l'objectif ces cavités sinueuses occupant tout le champ du microscope et revêtues d'un épithélium régulier, qui sont bien la figure d'une hypertrophie glandulaire typique. Boussi avait-il été trompé par quelques points obscurs de ses préparations? Le fait est qu'il y a des cas douteux et sur lesquels on hésite à se prononcer. Cette hypertrophie diffuse, que les Allemands ont appelée l' « adénome bénin », reste inoffensive tant

qu'elle est nettement glandulaire » ; mais, si la lumière des glandes s'élargit, si l'épithélium se dispose en plusieurs couches, si les cellules deviennent métatypiques, c'est l'épithéliome qui commence ; si la cyto-diérèse, au lieu d'être orientée vers la lumière du tube, se désoriente (Fabre-Domergue), si les cellules altérées s'accumulent et bourrent les cylindres, le cancer bat son plein. On a vu sur des coupes la transition de l'hypertrophie glandulaire simple à l'épithélioma, en passant par ce stade improprement désigné sous le nom d' « adénome malin », et qui n'est autre que la première étape du cancer.

Il n'est donc pas niable que l'hyperplasie des glandes utérines marque une tendance vers la néoplasie épithéliale. Or, cette modification de la muqueuse accompagne invariablement les fibromes utérins, sa description est liée à celle de l'utérus fibromateux. Voilà comment celui-ci est le terrain propre au développement du cancer, et comment la dégénérescence du moignon est une chose naturelle, un fait auquel le clinicien peut s'attendre. N'est-il pas logique d'en tenir compte dans le choix des procédés?

L'utérus après la myomectomie. — Théoriquement, plus on laisse de tissu glandulaire et d'épithélium utérin, plus on compromet l'avenir. Aussi les considérations qui précèdent s'appliquent-elles aussi bien et mieux encore à la « myomectomie » qu'à l'hystérectomie subtotale. Tuffier nous a présenté, l'an dernier, un utérus qu'il venait d'enlever pour un cancer cavitaire ; il l'avait opéré antérieurement pour le débarrasser d'un fibrome pesant un kilogramme ; et maintenant il le présentait pour nous montrer comme, après la myomectomie, l'organe avait repris ses dimensions et sa forme. Il se plaçait au seul point de vue de la réussite matérielle de l'opération, c'était son droit ; mais de mon côté, j'ai le droit de juger le fait à un point de vue différent, et de dire que si l'utérus n'était pas resté dans le ventre, il ne serait pas devenu cancéreux.

Je ne cherche pas, en ce moment, chicane aux partisans de la myomectomie, et je ne reproche pas à Tuffier d'avoir pensé un instant que le règne de l'hystérectomie allait bientôt finir. Je demande, en retour, qu'on ne m'accuse pas de recommander une « hystérectomie préventive ». Je reconnais l'utilité de conserver l'utérus, sans trop penser à l'avenir, toutes les fois qu'il en vaut la peine : myomectomie sans mutilation excessive, femme encore jeune, grossesses possibles. Mais avouez que ces conditions, chez les femmes dont les fibromes s'imposent à l'attention et veulent être opérés, sont assez rares. Ce qu'il faut, avant tout, pour défendre les bons côtés de la myomectomie, c'est qu'on ne puisse

vous accuser de la faire tant soit peu par dilettantisme, et pour démontrer qu'elle est possible avec des tumeurs multiples, ou qu'elle est bénigne. D'abord, l'hystérectomie n'est pas plus grave, ou du moins elle ne l'est que dans les cas où, comme tout autre, vous êtes forcé d'enlever tout; ensuite, il y a des distinctions à faire. Considérez les divers types d'utérus fibromateux : tantôt l'organe est de petite ou moyenne dimension, il a encore figure humaine, son tissu à la coupe est charnu et vasculaire, peu différent du tissu normal, et les fibromes, quels que soient leur volume et leur nombre, sont pour la plupart énucléés de la paroi, plutôt annexés à l'utérus que faisant corps avec lui; tantôt il représente une masse confuse, une hypertrophie totale, au milieu de laquelle on trouve bien des lobes séparés, mais dont la trame elle-même est aussi dégénérée, aussi fibromateuse que les lobes. Dans le premier cas, supprimez les tumeurs annexées, voire même des tumeurs interstitielles, il y a des chances pour que l'organe respecté soit utile et fonctionne, en tout cas ne fasse pas souffrir et demeure silencieux. Dans le deuxième cas, faites une opération facile pour un seul fibrome, ou une manœuvre de haute école, peu m'importe, la conservation est illusoire; il est probable que cet utérus est de ceux qui ne deviennent jamais gravides, il est certain qu'il n'est plus apte à le devenir et qu'il restera malade. A quoi bon laisser dans le ventre ce tissu scléreux qui peut être encore une cause de douleurs ou d'hémorragies? A quoi bon respecter cette « métrite chronique » dont vous avez coupé un morceau ? Et maintenant j'ajoute : puisque vous n'aviez pas de meilleures raisons pour vous abstenir, pourquoi n'avoir pas supprimé un organe malade qui a, dans sa paroi et dans sa muqueuse, toutes les aptitudes à devenir cancéreux? Ce que l'utérus de Tuffier nous a montré pleinement, je l'ai vu sous d'autres formes : j'ai confié à Gastou, chef de laboratoire à Saint-Louis, des utérus scléreux que j'avais enlevés pour cause de douleurs, d'hémorragies ou de complications annexielles, et Gastou a trouvé dans leur muqueuse des cancers au début, que je n'avais pas soupçonnés par l'examen clinique. Ces faits m'ont vivement frappé — j'y reviendrai un autre jour — et ce n'est rien exagérer que de m'en souvenir et d'y conformer ma pratique.

Ma conclusion, en ce qui concerne les procédés opératoires, tiendra en quelques mots. Je préfère l'hystérectomie totale à la subtotale, toutes les fois qu'une raison technique sérieuse n'intervient pas pour me faire changer d'avis, c'est-à-dire dans la grande majorité de mes opérations. Je préfère l'hystérectomie à la myomectomie chez toutes les malades qui ne sont plus jeunes,

et pour tous les utérus qui ne valent pas d'être conservés.

Mais une autre conclusion vient encore à l'esprit, c'est que la dégénérescence fibromateuse ne mérite qu'imparfaitement sa réputation de bénignité. Oui, les fibromes sont des tumeurs bénignes; il y en a qui n'évoluent pas et qui sont indéfiniment compatibles avec une santé suffisante. S'il faut les surveiller toujours dès qu'on les a découverts, il ne faut pas toujours les opérer. Telle est l'opinion moyenne des chirurgiens de valeur dans tous les pays. Mais je crois encore, et plus que jamais, qu'il est juste, « en présence des résultats que donnent aujourd'hui les opérations pratiquées par des mains habiles, de condamner à la fois les excès d'une chirurgie à outrance, et le scepticisme naïf ou calculé qui soustrait les malades à une intervention éclairée et les livre aux pires accidents (1) ». En écrivant ces mots, je ne pensais qu'aux accidents provoqués par l'évolution même du fibrome ou par les manœuvres des empiriques; combien de fois n'ai-je pas vu des malades, éloignées d'une opération par de mauvais conseils ou par leur timidité, succomber brusquement à une phlébite ou à des complications viscérales! Mais il faut penser, en outre, aux faits que je viens d'étudier, aux relations jadis méconnues qu'une observation clinique attentive et une étude histologique approfondie permettent d'établir entre des états morbides qui, loin de se contredire, nous apparaissent plutôt comme des étapes d'un seul et même processus. Déjà, pour justifier l'opération quand même, on s'est appuyé sur la transformation sarcomateuse; c'est elle qui est la plus rare et la moins à craindre. Mais le cancer, hélas! est fréquent. Rien ne justifie l'opération quand même; rien, d'autre part, n'autorise le clinicien à rester asservi à des formules caduques, à fermer les yeux sur des rapprochements que la pathologie générale nous apprend à connaître, et qui peuvent nous inspirer une chirurgie plus utile. Dans l'espèce, les tumeurs bénignes appelées fibromes éveillent l'idée d'un trouble nutritif qui porte à la fois sur le parenchyme utérin *et sur la muqueuse*, qui dans l'un s'appelle sclérose, dans l'autre hypertrophie glandulaire, et qui prépare l'organe aux dégénérescences malignes. D'où il ressort que nous devons admettre la *gravité* des fibromes utérins, n'être jamais rassurés sur leur compte, ne jamais rassurer outre mesure celles qui les portent, alors même que les tumeurs sommeillent, et nous garder des atermoiements, des concessions irréfléchies au traitement palliatif, toutes les fois qu'elles attirent l'attention et progressent. Ce n'est pas là, direz-vous, une révélation inattendue;

(1) L.-G. Richelot. *Chirurgie de l'utérus*, 1902, p. 352. O. Doin, édit.

nous savons depuis longtemps qu'il est sage d'opérer les fibromes en voie d'évolution. Soit, mais j'ai voulu donner à cette opinion une force nouvelle, en l'appuyant sur des faits qui ne sont pas couramment admis et qui méritent, selon moi, d'être mis en lumière. Certes, je ne prétends pas vous apprendre que fibrome et sarcome sont de la même famille, que l'hypertrophie glandulaire simple peut tourner à la malignité, qu'enfin les utérus fibromateux sont pourvus d'une muqueuse hypertrophiée ; mais ce qui m'importe, c'est de faire ces « rapprochements » qu'on m'a dit être prématurés, qui sont cependant un besoin de notre esprit, et qui rendent la pratique de la chirurgie plus raisonnable.

M. Poirier. — Je n'aurai pas le plaisir d'entendre la discussion qui va s'engager sur les conclusions de la très intéressante communication de notre collègue Richelot, car je viens de demander un congé pour la durée du cours que je commence mercredi prochain.

Il est un point qui domine cette communication : l'étroite parenté qui unit d'ordinaire fibrome et sarcome, d'où Richelot conclut à la nécessité d'une ablation totale de cet utérus prédisposé aux dégénérescences. Si cette parenté ou prédisposition dont je n'ai jusqu'ici rencontré aucun cas est aussi fréquente que le dit notre collègue, il faudrait avec lui conclure à l'hystérectomie totale, bien qu'elle soit un peu plus longue, un peu plus difficile et un peu plus dangereuse que l'hystérectomie cervicale.

M. Segond. — Si j'ai bien compris M. Richelot, il a développé devant nous deux faits : la fréquence du cancer utérin chez les malades atteintes de fibromes — et la possibilité de la cancérisation du moignon de col laissé par l'hystérectomie abdominale intracervicale pour utérus fibromateux. Sur le premier point l'anatomie pathologique et l'anatomie générale peuvent seules répondre en dernier ressort et j'abandonne, à qui de droit, la question théorique ; mais au point de vue pratique, ce que je tiens à affirmer, c'est que la cancérisation du col doit être bien rare et bien exceptionnelle. Pour ma part, jamais cet argument ne m'empêchera de faire comme Tuffier, quand je le crois indiqué, soit par en haut, soit par en bas, la myomectomie.

Quant à la seconde proposition de M. Richelot : à savoir que cette même crainte du cancer, et cette seule crainte, doit nous faire préférer l'hystérectomie *totale* à l'hystérectomie *intracervicale*, je la récuse également, et quand j'ai enlevé un utérus en laissant un petit moignon de col que deux points de suture et un

surjet péritonéal isolent si bien et si facilement, je ne me déciderai jamais à en faire l'ablation par crainte d'un cancer ultérieur à ce niveau.

Les indications de l'ablation totale ou partielle de l'utérus existent, mais elles ne sont pas là.

M. Richelot. — Segond fait l'hystérectomie totale, il fait aussi la subtotale, suivant les circonstances; mais tous nos collègues ne sont pas aussi éclectiques. Plusieurs d'entre eux déclarent la subtotale « infiniment supérieure ». Voilà pourquoi j'ai cherché à établir la *valeur égale* des deux opérations au point de vue technique, ayant d'ailleurs une raison, tirée des faits et de l'expérience clinique, pour préférer la totale.

Segond me fait dire que l'utérus fibromateux est un « utérus malin ». Faut-il donc cesser de considérer les fibromes comme des tumeurs bénignes? Faut-il, quand on peut faire si facilement un petit moignon cervical, modifier totalement notre pratique, faire une opération « plus longue et plus grave », pour des motifs aussi contestables? Segond lira mon travail, et il verra que j'ai répondu d'avance.

L'ablation totale n'est ni plus grave, ni sérieusement plus longue. Quand j'ai entre les mains cette tranche vaginale si facile à fermer par trois points de suture, je trouve que la confection du moignon vaginal est aussi simple que celle du moignon cervical.

Cela posé, je dis qu'il y a une raison pour enlever tout. Non, certes, que les tumeurs bénignes soient devenues tout à coup malignes par une opération de mon esprit; non qu'il faille se jeter aveuglément sur tous les fibromes comme si c'étaient des cancers; j'ai prévu l'objection. Mais j'ai dit : quand un utérus fibromateux devient cancéreux, ce n'est point un pur effet du hasard; c'est qu'il a une structure particulière, c'est qu'il est pourvu d'une hypertrophie glandulaire, typique de sa muqueuse, de cette hypertrophie qui peut devenir métatypique et est, pour ainsi dire, l'amorce du cancer. Il ne s'agit pas d'enlever un utérus uniquement parce qu'il pourrait dégénérer, et j'ai protesté d'avance contre « l'hystérectomie préventive » que je voyais venir dans la discussion. Ma proposition se réduit à ceci : quand, pour des raisons à vous connues, et qui sont les mêmes pour nous tous, vous enlevez un utérus fibromateux, il vaut mieux l'enlever totalement que d'en laisser un morceau, parce que cet utérus a dans sa trame et dans ses glandes hypertrophiées une aptitude à devenir cancéreux.

Voilà, en somme, les deux points à discuter : la supériorité

contestable de l'hystérectomie subtotale, les relations pathogéniques entre l'hypertrophie utérine et les dégénérescences malignes.

Extraction d'une balle implantée dans la paroi de l'oreillette gauche du cœur,

par M. TUFFIER.

Le respect dû aux corps étrangers des parois du cœur, lorsque leur présence ne provoque aucun accident, est universellement admis; leur extraction quand ils déterminent des troubles menaçant l'existence peut être indiquée, dans ces cas rares la localisation précise peut être obtenue et en faciliter singulièrement l'exérèse. A l'appui de cette dernière proposition je viens vous communiquer le fait suivant (1) :

Ld..., vingt-quatre ans, sous-officier de spahis, est entré dans mon service le 1er octobre 1903, salle Malgaigne, n° 18. L'histoire de l'accident qui nous l'amène mérite quelques détails.

Le 15 mars 1903, lors de l'attaque de Figuig, il reçoit d'un Arabe un coup de pistolet en pleine poitrine et à bout portant. L'attitude qu'il présentait à ce moment jouera un rôle dans la situation ultérieure du projectile. Il était penché presque couché sur l'encolure de son cheval, le corps déjeté à droite et le thorax presque horizontal, le bras droit levé en l'air, l'épaule gauche et le bras correspondant portés du côté gauche pour incliner de ce côté la tête de son cheval. La partie gauche de la poitrine était largement découverte et le coup pénétra dans le deuxième espace intercostal gauche. Malgré sa blessure et après un moment d'étourdissement, il resta à cheval put se défendre pendant environ une demi-heure, puis tomba en proie à une violente oppression; il aurait à ce moment expectoré trois ou quatre crachats noirâtres (hémoptoïques?). Il peut cependant se rendre seul à l'ambulance où l'on constate une plaie siégeant dans le deuxième espace intercostal gauche à un travers de doigt du bord du sternum; l'hémorragie est peu abondante, on fait un pansement provisoire; le lendemain légère hémoptysie. En quelques jours la plaie est cicatrisée et, comme on ne trouve aucun trouble fonctionnel sauf une douleur dans l'omoplate gauche, on pense que le projectile n'a pas dû pénétrer profondément et le malade veut reprendre son

(1) Observation d'après les notes de M. Roussel, externe du service.

service. Il peut ainsi revenir de Figuig à Médéah par petites journées sans autres troubles que des sensations de battements de cœur assez pénibles. Peu à peu ces accidents s'aggravent, les efforts, puis l'exercice à cheval et bientôt la marche provoquent des accès de suffocation ; il est obligé d'entrer à l'hôpital du Dey à Alger, puis à l'hôpital civil de Mustapha dans le service de mon collègue Denis où la présence du corps étranger dans la région du cœur est discutée et reconnue. C'est en passant dans ce service le 5 août dernier, que j'eus l'occasion de voir et d'examiner ce jeune homme. La balle était dans la région cardiaque, mais je fus d'avis de ne point intervenir, et de mettre le malade au repos et à l'iodure comme on le ferait pour un cas d'*angor pectoris*. Cette thérapeutique n'eut aucun succès. A partir du commencement de septembre, non seulement les premiers accidents persistent, mais les mêmes accès de palpitations douloureuses avec dyspnée légère se reproduisent après chaque repas durant deux à trois heures, et quelquefois s'accompagnent de vomissements. Ces douleurs n'ont pas d'irradiation dans le bras gauche et ne s'accompagnent pas des sensations dites d'étau ou de griffe. Ni vertige ni céphalalgie.

Dans ces conditions le malade m'est adressé et je le retrouve à Paris le 1er octobre. Je me hâte de dire que si M. le Dr Denis n'a pas opéré cet homme, c'est uniquement parce qu'il n'avait pas à sa disposition le matériel nécessaire à sa localisation nette, précise et mathématique. Les remarquables résultats chirurgicaux que j'ai pu voir dans son service prouvent surabondamment que mon collègue d'Alger n'a rien à nous envier ni comme installation, ni comme asepsie, ni comme technique, ni comme succès opératoires.

C'est comme vous le voyez un homme maigre, petit, résistant, il porte au niveau du deuxième espace intercostal gauche, à un travers de doigt du bord gauche du sternum, la cicatrice d'entrée de la balle ; cette cicatrice est tatouée en bleu foncé par la poudre. Les troubles fonctionnels qu'il accuse sont tels que je crois devoir faire faire et suivre au laboratoire de M. Contremoulins les examens nécessaires à la détermination du siège de la balle.

A l'examen radioscopique, fait avec le concours de M. Contremoulins et de ses élèves, examen singulièrement facilité par la maigreur du malade, on voit le corps étranger situé sur la face latérale gauche de la base du cœur ; il est engagé par sa pointe dans la paroi correspondant à l'oreillette, et il suit tous les mouvements de l'organe. Cette balle est située dans le troisième espace intercostal et, par conséquent, bien au-dessous de son orifice d'entrée. Elle paraît volumineuse pendant toute la contraction cardiaque ; au moment de la diastole, son image est plus nette et

plus petite. Mais nous savons qu'un corps constamment mobile donne sur l'écran une ombre portée dont les dimensions sont notablement exagérées. Les deux tiers de la balle paraissent en dehors de la ligne sombre qui correspond au bord de l'oreillette.



Vue postérieure du thorax.

Nous avons pu, grâce à la netteté de l'image, suivre le déplacement de ce corps opaque à chaque révolution cardiaque et, par cela même, enregistrer le mode de contraction de l'oreillette gauche chez l'homme. Au moment de la systole auriculaire, la balle, et, par conséquent, la paroi gauche de l'oreillette, se porte d'abord vers la cloison interauriculaire dans une étendue d'en-

viron 2 centimètres et demi, puis elle s'abaisse pour venir, au contact de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche; à ce moment le point opaque représentant le corps étranger semblait sur la base du ventricule gauche. Ces détails étaient d'une netteté parfaite. Le projectile était donc fixé sur ou dans la partie superficielle de l'oreillette gauche, et mobile avec elle, faisant, par conséquent, corps avec cette paroi. Cette constatation n'était pas sans me rendre perplexe sur les difficultés de l'extirpation d'un corps ainsi mobile.

A l'examen radiographique, vous voyez l'ombre très large de cette balle, son siège derrière la troisième côte et au-dessous d'elle, et, par conséquent, à 2 centimètres au-dessous de son orifice d'entrée. Vous voyez également que la plus grande partie du corps étranger est en dehors de la paroi de l'oreillette. Ces détails sont cependant bien moins nets que sur l'épreuve radioscopique ; la mobilité du corps étranger vous explique le flou de ses contours.

M. le Dr Mauté a examiné médicalement le malade, et voici la note qu'il nous remet : Hypertrophie cardiaque notable, la pointe du ventricule gauche est dans le sixième espace intercostal. Le premier bruit à la pointe paraît dédoublé au moins d'une façon intermittente, le second bruit à la base est claqué. Le pouls paraît tendu avec léger dicrotisme, la tension artérielle est normale, on trouve 15 centimètres de mercure au sphygmomanomètre de Potain. Pas de troubles circulatoires veineux, ni œdème, ni cyanose. Les poumons sont normaux; les divers appareils, y compris l'appareil urinaire, ne présentent aucun trouble appréciable. Les antécédents du malade ne révèlent ni syphilis, ni tuberculose, ni éthylisme, mais un peu de tabagisme.

En face de ces troubles fonctionnels progressivement croissants, dont je savais nettement l'origine, et dont le mécanisme s'imposait, en présence du siège relativement superficiel du projectile dans la région de l'oreillette gauche, et en possession du compas de Contremoulins c'est-à-dire d'un merveilleux appareil permettant d'atteindre le corps étranger avec une certitude parfaite, une précision mathématique et un minimum de délabrement, je résolus d'intervenir. Il était certain que le poids de la balle placée sur la base du cœur, son affleurement au niveau de l'orifice mitral à chaque contraction cardiaque, et peut-être les lésions irritatives du plexus cardiaque, constituaient un danger permanent et une lésion irrémédiable, je ne me dissimulais pas les complications opératoires qui m'attendaient lors de ma recherche du corps du délit, possibilité d'ouverture de l'oreillette et, en tout cas, mobi-

lité constante du corps étranger et nécessité, pour le saisir, d'arrêter partiellement ou totalement la contraction auriculaire.

Toutefois, les symptômes si peu graves au début, l'image du projectile dont la plus grande partie était en dehors de l'ombre cardiaque, pouvaient me faire espérer que la balle n'était qu'implantée dans la paroi de l'oreillette ou à sa surface sans pénétration.

Opération le 10 octobre 1903. — Chloroforme par M. de Clisson ; aide, M. Aubourg, internes du service. Détermination du siège de la balle et réglage du compas faits par M. Contremoulins; la balle est à 5 centimètres de profondeur à partir du squelette costal, et je fais incliner la tige indicatrice de façon à pouvoir évoluer de dehors en dedans, et de haut en bas. Cette direction me permet de manœuvrer d'abord dans un tissu normal et facile à repérer, pour arriver seulement à la fin sur le tissu cicatriciel péri cardiaque et éviter peut-être ainsi d'ouvrir le péricarde.

Incision de 7 centimètres partant du bord inférieur de la première côte, traversant le deuxième espace intercostal à environ 2 centimètres en dehors de l'orifice d'entrée de la balle et décrivant une courbe à concavité interne. Je divise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le grand pectoral et je trouve sous le muscle une tache noirâtre et bleuâtre indice de pénétration de la poudre jusqu'à ce niveau. Je fais appliquer le compas de Contremoulins; la pointe tombe juste au niveau du bord inférieur de la deuxième côte; dans ces conditions je résèque alors 3 centimètres de l'extrémité interne de la côte et du cartilage costal correspondant, je refoule avec le doigt dans les parties profondes le cul-de-sac pleural gauche et, passant le doigt sous le poumon, je sens battre sur la pulpe de l'index gauche l'origine de l'aorte et en dehors le frémissement de la contraction auriculaire.

Je fais appliquer une deuxième fois le compas de Contremoulins et la tige indique environ 2 centimètres au delà de la partie que j'avais dissociée. A ce moment le poumon, par suite de décollement pariétal, et le cul-de-sac pleural se rétractent un peu dans la profondeur et laissent un espace béant. Dans ces conditions il était à craindre que l'oreillette ne subît un déplacement parallèle et n'emportât la balle dans la profondeur.

Je fais appliquer pour la troisième fois le compas de Contremoulins et dans la direction de l'aiguille indicatrice je dissocie le tissu cellulaire induré entre l'aorte et la paroi externe.

Je me dirige en dehors pour éviter la blessure de l'oreillette. Arrivé à 5 centimètres de profondeur à partir du bord intercostal, bord profond des côtes, je sens un corps induré, mobile, glissant sous le doigt, râpant à chaque contraction cardiaque et indiquant nettement la présence du corps étranger. Je pratique une dénudation prudente avec la pulpe de l'index et avec la sonde cannelée j'arrive à le sentir mobile sur le tissu cellulaire qui a dû remplacer le péricarde à ce niveau et adhérent à la paroi d'oreillette; je l'isole très lentement en appuyant l'index

en dedans de lui pour immobiliser l'oreillette, et en quelques coups de sonde cannelée je le mobilise complètement; avec une pince à forcipressure, à mors long, je peux saisir la balle et l'extraire. Il n'y a pas eu l'ombre d'un incident et la plaie n'a pas saigné à un moment quelconque.

Je place un drain gros comme un porte-plume en dehors de l'oreillette et je suture la paroi et le muscle en un seul plan. Le pouls à la fin de l'opération est à 68, et au réveil à 80. Il n'a pas varié durant toute l'opération.

Suites opératoires. — Un peu de difficulté à respirer le soir. Pas de fièvre. La nuit est bonne.

Le 11 octobre. — 37 degrés le matin. Pouls fort, régulier, rapide, 120 à la minute. Respiration un peu rapide, 41 à la minute. Oppression légère. Toux. Le soir 38 degrés. Ablation du drain. Il sort un peu de sang spumeux, il ne sort pas d'air dans la toux.

Le 12 octobre. — 37°8. Pouls régulier, 98. Oppression légère. Toux et quelques crachats muco-purulents. Potion de terpine. 0 gr. 50 de sulfate de quinine. 38°8 le soir.

Le 13 octobre. — 37°4. Pouls 82. Diminution de la gêne respiratoire et de la toux. A sept heures du soir. 38°4. Nausées et dyspepsie comme s'il y avait un point pleurétique.

Le 14 octobre. — 37 degrés. Pouls excellent, 66. On cesse la terpine. Plus de crises d'oppression le soir. Sulfate de quinine 0 gr. 50.

Le 15 octobre. — Le malade se lève l'après-midi.

Le 17 octobre. — Ablation des fils, la cicatrisation est parfaite.

M. Belin voit le malade le 22 octobre 1903.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace, au dedans de la ligne mamelonnaire. Enrouement du premier bruit à tous les orifices, mais plus marqué à l'orifice aortique; deuxième bruit aortique un peu retentissant.

Pouls un peu tendre, un peu bondissant.

Je vous présente le malade guéri et pouvant circuler sans aucun trouble fonctionnel. Voici le projectile qui est une balle de revolver de 6 millimètres; il est probable que le pistolet était chargé d'une série de balles de ce petit calibre.

M. Poirier. — La radiographie que présente notre collègue à l'appui de son observation nous montre la balle faisant une saillie très nette sur le contour gauche de la tache sombre répondant au cœur revêtu de son sac péricardique. L'épreuve est excellente, d'une netteté parfaite, et, à ne considérer qu'elle, on inclinerait à croire que la balle était appliquée à la face externe du péricarde; mais nous savons tous qu'il faut être très réservé dans l'interprétation des images radiographiques, et ce détail d'aspect ne saurait prévaloir contre les affirmations du présentateur. D'ailleurs, l'épaisseur du péricarde est si minime que, tout en faisant saillie

si nettement sur la face externe de l'enveloppe cardiaque, la balle pouvait fort bien reposer sur l'oreillette ou l'auricule.

Tuffier, pour déterminer la place du projectile, accorde une grosse importance à ce fait qu'il suivait les mouvements du cœur : le fait n'a point cette signification ; qu'un corps étranger soit extra ou intra-péricardique, il suivra toujours, s'il est appliqué à la surface du péricarde, les mouvements du cœur que le péricarde n'abandonne jamais.

Je continue de penser que si la balle avait pénétré d'emblée dans la cavité péricardique, elle eût gagné, sous l'influence des mouvements du cœur, un point déclive de cette cavité avant d'être immobilisée par le processus d'enkystement.

Cependant l'image permet d'affirmer que le projectile n'avait point complètement pénétré dans la cavité péricardique.

Il semble, d'autre part, que si cette balle avait d'emblée traversé l'enveloppe péricardique, elle fût allée se placer, sous l'influence de la pesanteur et des mouvements du cœur, dans un des points déclives de la cavité séreuse où vont se collecter les substances introduites dans le péricarde, comme le montrent les expériences d'un médecin dont le nom m'échappe, élève, je crois, de M. le professeur Terrier. Car le péricarde n'est point, même dans son feuillet fibreux, la pyramide conique que montrent et décrivent la plupart des traités d'anatomie, c'est une enveloppe molle, comme le scrotum ou la vessie, toujours intimement appliquée à l'organe dont elle reproduit très exactement la forme, et dont la forme varie, comme celle du cœur, environ soixante fois par minute.

M. Bazy. — Je voudrais demander comment il se fait qu'une balle qui aurait pénétré dans le péricarde soit restée suspendue au niveau de l'oreillette, sans tomber au fond de la cavité péricardique, et comment une balle dans le péricarde n'aurait pas déterminé de phénomènes réactionnels ni d'épanchement.

M. Terrier. — Je pense qu'il est extrêmement difficile de lire une radiographie. Nous avons là non pas une photographie du projectile, mais une ombre portée et les dimensions peuvent être altérées par la moindre obliquité des faisceaux lumineux — et ici le corps étranger était constamment en mouvement — de là une difficulté de plus dans notre appréciation. Je crois que seuls MM. Contremoulins et Tuffier qui ont pu examiner le malade et préciser le siège du projectile peuvent dire où il était situé. Nous savons que l'appareil de M. Contremoulins est, à cet égard, d'une précision parfaite.

Il est probable qu'il s'est logé où on l'a trouvé, en déterminant autour de lui les adhérences qu'on a constatées pendant l'opération. Nous savons que souvent, pour la plèvre et le poumon par exemple, les balles peuvent rester à la partie supérieure du thorax et s'y enkyster.

Quant au péricarde, il est suffisamment épais, suffisamment tendu pour qu'on le reconnaisse assez facilement. Et ici les deux feuillets ont pu adhérer après le passage du projectile.

J'ai incisé le péricarde dans toute sa hauteur pour des plaies du cœur, et j'ai trouvé un feuillet fibreux nettement isolable et qui n'avait rien de la flaccidité qu'on lui prête.

M. Bazy. — Si j'ai bien compris M. Terrier, celui-ci n'aurait nullement parlé de la situation intra-péricardique de la balle, il parle simplement d'une balle qui aurait pénétré dans le thorax au niveau du péricarde et là se serait enkystée.

Le procédé de M. Contremoulins n'est pas en cause ici; il sert seulement à indiquer la distance à partir de la peau où se trouve le projectile et nullement l'organe dans lequel il est situé.

M. Tuffier. — Je me base pour admettre le contact intime de la balle avec l'oreillette sur le fait que le projectile suivait exactement les contractions de l'oreillette pendant la révolution cardiaque et que, d'autre part, pendant l'opération, je n'ai senti aucune espèce de membrane entre la balle et l'oreillette.

M. Poirier. — J'ai à tort attribué à un élève de M. le professeur Terrier des expériences d'un médecin dont j'avais lu les résultats dans le livre de Peraire, élève de M. le professeur Terrier; de là mon erreur.

Ceci dit, je répondrai : que je n'ai rien *contesté;* que je me suis borné à mettre en garde contre les contradictions apparentes entre les résultats de la radiographie qu'il faut savoir interpréter et les affirmations de notre collègue qui devaient faire foi.

De son côté, M. le professeur Terrier conteste que le péricarde soit la membrane molle, flaccide, malléable que j'ai dite. Sur ce point, je ne puis que maintenir mon affirmation première : le sac fibro-péricardique, feuillet fibro-séreux, résistant sans doute, mais mou et malléable, n'a point de forme propre; il s'applique étroitement sur toute la surface du cœur agrandissant sa cavité virtuelle quand celui-ci se dilate, la diminuant pendant la contraction : pour satisfaire à ces changements de forme et de dimensions, il existe sur tout le pourtour de la face diaphragmatique

du péricarde un sinus, dont nos classiques ne parlent guère, au niveau duquel les deux feuillets du péricarde s'appliquent à eux-mêmes; ce sinus c'est la réserve du péricarde pour les mouvements du cœur, comme le sinus costo-diaphragmatique est la réserve de la plèvre pour les ampliations du poumon. Le péricarde, sac fibreux, de forme invariable, tendon creux du diaphragme, a vécu : il est, je le répète encore, mou et malléable quoique résistant, et il est fort heureux qu'il en soit ainsi pour les mouvements de l'organe qu'il contient.

M. Tuffier. — Si, comme M. Poirier nous l'apprend, les mouvements du péricarde sont exactement les mêmes que ceux du cœur, la localisation du projectile par la radioscopie ne peut être faite, mais l'absence de toute mobilité du corps étranger sur l'oreillette reste la preuve de son implantation à ce niveau; si elle avait été située à la surface du péricarde j'aurais pu la mobiliser à la surface du cœur.

Présentation de malade.

M. Ricard. — La malade que je présente a été atteinte d'arthrite infectieuse, d'origine probablement blennorragique, qui s'est terminée par l'ankylose du coude droit. Cette ankylose était absolue, le bras et l'avant-bras étant en rectitude complète.

Je pratiquai la résection du coude à l'aide d'une incision médiane, postérieure, par la méthode sous-périostée. J'enlevai les os sur une hauteur de 8 centimètres.

Le quinzième jour la malade fut mobilisée. Elle revient aujourd'hui, quatre mois après l'opération, satisfaite de son état, ayant repris sa profession; son avant-bras a une flexion active et forte; les mouvements de pronation et de supination sont normaux. Il existe, évidemment, des mouvements inévitables de latéralité.

Je présente cette malade, non pour la perfection du résultat, car je ne connais pas de procédé qui donne à la pseudarthrose opératoire la mobilité et la rigidité d'un coude normal, mais pour montrer que malgré, la large résection, elle n'a pas de mobilité latérale excessive, et qu'elle a par contre une puissance musculaire qui s'accentue de jour en jour.

Enfin, fait des plus rares, la section à la scie des parties enlevées montre qu'il s'agissait d'une fusion osseuse absolue entre l'humérus et les deux os de l'avant-bras.

M. Berger. — J'ai également opéré une malade pour une ankylose osseuse du coude et la lésion était également d'origine blennorragique. Ce sont là également des faits assez rares et j'ai obtenu chez ma malade d'excellents résultats.

Je crois qu'il faut craindre dans ces cas la reproduction de l'ankylose, faire la résection assez large, sans s'occcuper du périoste.

M. Lucas-Championnière. — Il y a bien longtemps que j'ai insisté sur ce fait, à savoir que les résections sous-périostées suivant le procédé d'Ollier ne donnent jamais la production du squelette comme il le croyait. Je n'ai jamais vu la reproduction du crochet olécranien ; il est facile maintenant de démontrer le fait par la radiographie.

M. Nélaton. — Le résultat que nous présente M. Ricard est celui que nous obtenons tous et il me permettra de lui dire qu'il n'est pas superbe. Le malade a une mobilité du coude trop considérable et c'est la règle. Contre la reproduction de l'ankylose dans ces cas, j'ai voulu faire l'interposition musculaire entre les deux fragments réséqués. Peut-être le résultat que j'ai obtenu est-il un peu meilleur que celui qu'on nous présente, il en diffère par un peu plus de solidité. Ce n'est pas encore un idéal. A ma connaissance, je n'ai jamais vu qu'un résultat parfait, c'est celui du malade que nous avait présenté M. Defontaine : solidité et mobilité suffisante étaient réunies.

M. Ricard. — Je répondrai à M. Nélaton que le résultat n'est pas et n'a pas la prétention d'être parfait. C'est un bon résultat qui n'est ni la mobilité impotente qu'on observe souvent chez les réséqués pour tumeur blanche, ni la raideur et le retour à l'ankylose qu'on observe trop fréquemment chez les réséqués pour ankylose. J'ai voulu montrer qu'en faisant une résection large et complète, on évite l'ankylose consécutive, sans donner à la pseudarthrose une mobilité dont l'excès nuirait au fonctionnement utile du membre.

M. Berger. — Il y a une juste mesure à garder dans l'étendue des résections pour ne pas avoir trop de mobilité et malgré cela se mettre à l'abri des ankyloses.

M. Lucas-Championnière. — M. Nélaton a raison de dire que ce résultat n'est pas idéal, et à la vérité il est bien difficile d'arriver à la perfection qui doit exister cependant.

Chez une femme à laquelle j'ai réséqué les deux coudes, j'opérai d'abord le côté gauche. J'enlevai plus largement les surfaces osseuses, et le résultat fut médiocre. Lorsque j'opérai le côté droit, la résection fut moins étendue, le résultat définitif fut bien meilleur. Je crois qu'il ne faut pas trop craindre la repro duction de l'ankylose. Je pense que pour la résection du coude on peut mieux faire que l'on ne fait généralement. Mais la technique est plus difficile qu'on l'imagine. Non seulement il faut bien mesurer la quantité d'os à enlever, mais il faut suivre de très près le rétablissement des mouvements, le faire très rapidement et se bien garder de masser.

M. Terrier. — Je partage l'opinion de M. Nélaton sur le procédé de Defontaine. Cependant il faut bien savoir que les résultats des opérations analogues n'ont pas été favorables; c'est qu'il y a bien des éléments à envisager dans cette question, et avant tout il faut se préoccuper de savoir si tous les germes infectieux contenus au niveau de l'articulation sont bien détruits avant l'opération. Ils jouent certainement un rôle dans le résultat définitif.

Présentations d'instrument.

Aiguille palatine.

M. Auguste Reverdin (de Genève). — La suture est sans contredit le temps difficile de la staphylorraphie ; je n'en veux pour preuve que le grand nombre d'instruments, et, en particulier, d'aiguilles, imaginés pour atteindre le but.

Langenbeck, Sédillot, Trélat, Le Dentu, et tant d'autres, ont fait progresser cet intéressant problème sans cependant lui trouver une solution toujours satisfaisante.

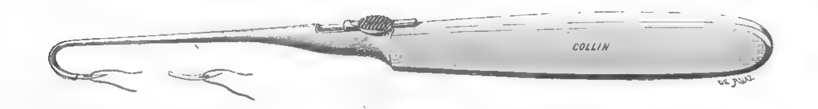
Les cas sont si variés, et, au cours d'une même intervention, les conditions changent aux diverses étapes de la suture de telle manière qu'un instrument, parfait tout à l'heure, se montre absolument insuffisant l'instant d'après.

L'habileté personnelle, quelle qu'elle soit, se heurte à des difficultés qu'il faut vaincre en variant les moyens. C'est dans l'espoir de présenter une aiguille qui permette de surmonter quelques-uns de ces obstacles que je la soumets aujourd'hui, après l'avoir éprouvée moi-même, à la haute appréciation de la Société de chirurgie.

L'instrument se compose d'un *manche* qui porte un *tube* mince recourbé en U vers son extrémité libre. Dans ce tube est logée une *tige* flexible pleine, qu'on peut faire avancer ou reculer en mettant en jeu le bouton qui la termine du côté du manche. Elle affleure la bouche du tube lorsqu'elle est poussée à fond.

Quant aux aiguilles, elles sont souples, légèrement courbées sur le plat afin de s'adapter à la courbure du tube, et terminées d'un côté par un talon coupé franc, de l'autre par une pointe effilée près de laquelle s'ouvre le chas. La courbure a ceci de favorable : elle fait que l'aiguille se dirige en progressant du côté du manche, de telle sorte que le canal qu'elle perce dans la muqueuse est oblique de haut en bas et de dehors en dedans.

Pour se servir de cet instrument, il faut prendre un fil d'environ 30 centimètres de longueur et enfiler une aiguille à chacune de ses extrémités.



On place alors le talon d'une des aiguilles dans le bout libre du tube, et on l'y fait monter jusqu'à ce que sa pointe ne le dépasse plus que d'un centimètre environ. Il faut avoir soin, avant d'engager ainsi l'aiguille, de faire *reculer* la tige jusqu'à bout de course; sans cela elle ferait obstacle à l'aiguille qu'on s'efforcerait en vain de faire monter à sa place.

L'aiguille est donc en grande partie cachée dans le tube et n'en sortira qu'au gré de l'opérateur, lorsqu'il la poussera en faisant cheminer la *tige-piston*.

Ainsi préparé, l'instrument est introduit dans la fente palatine dont on pique une des lèvres, au point voulu, de haut en bas, tout comme avec l'aiguille de Trélat. En faisant agir la tige on pousse peu à peu l'aiguille *qui sort de sa gaine à mesure qu'elle pénètre dans les tissus.*

C'est là une précieuse garantie de sa bonne marche, comme aussi une protection très efficace pour elle. En effet, ne traversant la muqueuse qu'au fur et à mesure de sa sortie du tube qui l'entoure, elle ne peut se fausser ni se casser.

On est vraiment surpris de la facilité avec laquelle l'aiguille transperce la paroi, parfois assez résistante, du palais, et vient tomber du côté de la cavité buccale tout en restant suspendue à son fil.

Remarquons encore que l'aiguille ne passe qu'une seule fois à

travers les tissus, on n'a pas à la ramener en arrière comme d'autres. Les lambeaux courent ainsi moins de chance d'être contusionnés, déchirés.

Le premier point passé, on charge la seconde aiguille sur le manche qui vient de servir, ou, pour gagner du temps, un assistant l'a déjà montée sur un autre manche.

Deux instruments sont préférables à un seul, d'autant mieux qu'on peut en avoir un gauche et un droit, suivant la face sur laquelle on place le bouton qui commande la tige-piston.



Ajoutons qu'à l'usage nous avons trouvé qu'il serait bon que l'extrémité libre du tube fût un peu évasée, ou que l'une de ses lèvres fût plus courte que l'autre, afin de faciliter l'introduction des aiguilles dans son intérieur. Dans le même but, comme aussi pour les saisir sans les abîmer, lorsqu'elles ne tombent pas franchement dans la bouche après avoir traversé le palais, j'emploie une pince à mors garnis de plomb. Elle sert encore au montage des aiguilles en donnant la force et la sûreté nécessaires pour les pousser haut dans le tube.

Je crois que, sans être une panacée, cet instrument est appelé à faciliter notablement la staphylorraphie, au point de permettre à ceux auxquels l'instrumentation habituelle paraîtrait insuffisante de la mener à bien sans trop de peine.

Cette aiguille trouvera, je l'espère, aussi sa place dans quelques opérations gynécologiques telles que la restauration du col utérin

ou celle des fistules vésico-vaginales, etc., bref dans nombre de cas où il s'agit de recoudre les lèvres d'une cavité dans laquelle il est mal aisé de manœuvrer avec les aiguilles ordinaires.

J'ajouterai encore un mot au sujet d'une précaution que je prends au cours de la staphylorraphie et qui la facilite réellement. Je fixe sur le front de l'opéré par quelques tours de bande de mousseline une compresse qui va nous servir de *pelote*; c'est sur elle en effet que j'enfile au fur et à mesure de leur placement mes fils de suture. Arrangés dans un ordre parfait ils sont faciles à retrouver lorsqu'il s'agit de les nouer pour rapprocher les lambeaux. On évite par ce moyen si simple tous les inconvénients du mélange des fils.

D'autres que moi avaient senti les avantages de cet isolement des fils et proposé des appareils trop compliqués pour qu'ils soient restés dans la pratique. Véritables diadèmes métalliques ils se prêtaient infiniment moins bien aux circonstances que le simple bandage de mousseline que je propose.

Ecarteur abdominal.

M. Ricard. — Les chirurgiens ont été frappés des inconvénients que présentent la plupart des écarteurs abdominaux actuellement en usage. Les uns vont chercher un point d'appui hors du champ opératoire, c'est-à-dire dans une région non aseptique, les autres sont gênants par leur peu de fixité, qui est telle qu'ils nécessitent parfois un aide pour les tenir en place, ce qui va à l'encontre du but que se propose un bon écarteur abdominal.

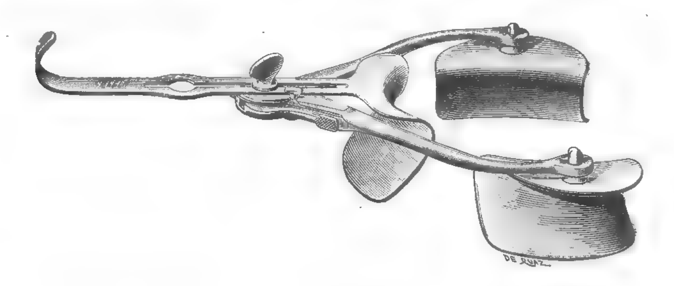
L'écarteur que je préconise s'inspire du compas de Delagenière, mais il s'en écarte par un certain nombre de points particuliers.

Tout d'abord, il est destiné à agir dans le sens transversal et non plus dans le sens vertical; pour cela il a fallu lui faire subir un certain nombre de modifications. Les branches du compas sont en raquette, ce qui permet, lors de l'écartement maximum des branches, que le compas n'empiète pas sur le champ opératoire. Les dents qui maintenaient le cran d'arrêt ont été diminuées de profondeur et augmentées afin de permettre un écartement plus progressif et sans à-coups. Une troisième valve, qui tient la vessie ramassée derrière le pubis, complète l'action des deux autres.

Ces valves ont une courbure complexe qui leur permet de

mieux épouser le rebord de l'incision, de s'adapter à l'épaisseur des parois, de dégager les plans profonds, en les éclairant. Il existe plusieurs jeux de valves, de dimensions différentes.

Cet écarteur a l'avantage de donner un jour considérable, puisque rien n'empêcherait d'écarter les branches du compas d'une épine iliaque à l'autre, si c'était nécessaire. Enfin, et surtout, si le chirurgien sait bien s'en servir, il est d'une *fixité absolue*. Une fois en place, il fait corps avec les tissus et ne bouge plus jusqu'à la fin de l'opération.



Pour le mettre en place, le chirurgien introduit les valves entre les lèvres de la plaie abdominale, puis il fait, sur ces valves, un effort d'écartement qui n'a de limites que la limite de résistance offerte par les bords de l'incision. C'est la tension même de ces bords qui donne à l'instrument sa fixité. L'incision doit-elle être agrandie, un nouvel écartement des valves doit tendre à nouveau les parois.

Il suffit de regarder l'instrument pour saisir de suite comment se place et se fixe la troisième valve sus-pubienne.

Pour enlever l'écarteur, l'aide exerçant une traction d'écartement sur l'une des valves, l'opérateur fait un effort parallèle sur la valve opposée, et de l'autre main presse sur le levier d'encliquetage. Les dents du cran d'arrêt n'étant plus encliquetées, rien ne s'oppose plus à la fermeture des branches du compas, qui se rapprochent et permettent l'extraction des valves. Si le chirurgien néglige ce tour de main, il risque d'être très gêné pour retirer son instrument.

Présentations de pièce.

Adénome de l'ombilic et diverticule de Meckel.
Examen histologique.

M. Walther. — Dans la séance du 8 juillet dernier, je vous ai présenté toute fraîche cette pièce que j'avais enlevée le matin même.

Je vous apporte aujourd'hui, comme je l'avais promis, les résultats de la dissection de la pièce et de l'examen histologique.

La cavité du diverticule intestinal se termine par un cul-de-sac avant la pénétration dans la paroi abdominale. C'est un cordon plein qui traverse l'anneau ombilical et sert de pédicule à la tumeur extérieure.

La peau de l'ombilic ne se continue pas sur ce pédicule, elle est simplement appliquée contre lui à sa base.

La tumeur ombilicale ne présente pas de cavité centrale. Toute sa masse est formée d'un tissu d'apparence cellulo-graisseux très dense; elle est recouverte sur toute sa surface d'une couche épaisse et résistante d'apparence muqueuse. Cette couche s'amincit à la base de la tumeur et disparaît au niveau du pédicule.

L'examen histologique a été pratiqué par M. Gauckler, interne des hôpitaux, qui a eu l'obligeance d'en consigner les résultats dans la note suivante :

A. — Examen d'un fragment prélevé sur le diverticule de Meckel.

La coupe reproduit l'aspect d'une paroi intestinale à peu près normale, à un faible grossissement, avec une couche muqueuse, une couche celluleuse peu marquée et une couche musculaire.

La couche muqueuse a perdu son épithélium superficiel. Les glandes sont du type des glandes en tube et sont revêtues d'un épithélium constitué en majeure partie par des cellules caliciformes, que soutient une membrane anhyste sur laquelle on peut voir un certain nombre de noyaux aplatis.

Le chorion tout entier semble constitué par une nappe de tissu réticulé, encombré de cellules lymphatiques qui se condensent en certains points pour former de véritables follicules.

Parmi les éléments cellulaires, qui remplissent d'une façon inégale les mailles du tissu réticulé, on peut noter, à côté d'une majorité de leucocytes, un nombre appréciable de cellules polynucléées et même quelques éléments hémoglobiniques. Par places on constate la présence d'un nombre assez considérable de capillaires embryonnaires constitués par des cellules perforées à leur centre, dont la lumière est occupée

par un ou deux globules rouges et dont le noyau aplati est repoussé à la périphérie.

Il s'agit là, en somme, d'une muqueuse intestinale jeune, dont le chorion est constitué par un véritable ganglion lymphatique *étalé*, en état d'activité.

La muqueuse possède une *muscularis mucosæ* dont la direction des fibres est malaisée à classer et variable suivant les points de la coupe.

La couche musculaire de la paroi du diverticule se compose d'éléments de plusieurs ordres; une majorité d'éléments longitudinaux, quelques fibres musculaires circulaires coupées en travers, enfin un nombre appréciable de systèmes musculaires ordonnés autour d'une artériole centrale.

Parmi les vaisseaux, il est à noter que quelques-uns sont oblitérés par un bouchon fibreux, stade initial du processus de rétrocession de l'organe.

B. — Examen d'un fragment prélevé sur la tumeur.

L'examen montre qu'il s'agit encore ici d'une paroi intestinale avec sa muqueuse et son tissu musculaire, le tout reposant sur une couche centrale de tissu cellulo-adipeux.

Ici encore, et vraisemblablement sous l'influence des pansements, l'épithélium superficiel a complètement disparu. La partie périphérique des glandes elle-même a été comme abrasée et la surface de la tumeur est occupée par un tissu anhiste, encombré de vaisseaux gorgés de globules rouges.

Les glandes elles-mêmes sont revêtues d'un épithélium composé en partie de cellules caliciformes, en partie de cellules séreuses. De ces glandes, les unes sont des glandes en tubes simples; les autres constituent au voisinage de la tunique musculaire toute une série de groupes de culs-de-sac glandulaires, donnant à la coupe, et par places, l'aspect d'un véritable *adénome* intestinal.

Le chorion est infiltré d'un grand nombre de petites cellules rondes, témoins de l'inflammation dont la muqueuse était le siège; d'autre part, il existe, par places, de vrais follicules lymphatiques.

La couche musculaire est normalement ordonnée et à deux plans.

Il faut aussi signaler l'existence d'un système accessoire de fibres orientées autour de vaisseaux de moyen calibre et situés à la partie tout interne de la couche musculaire, immédiatement au-dessus du tissu cellulo adipeux, sans caractère spécial, qui constitue le centre de la tumeur.

Il s'agit donc ici d'une paroi intestinale retournée, à muqueuse externe congestionnée et enflammée, et nous nous trouvons bien en présence d'une de ces petites tumeurs classées sous le nom d'adénomes de l'ombilic, à cette différence près que la tumeur, au lieu d'avoir sont centre constitué par un tissu mélangé de fibres conjonctives et musculaires, comme cela a lieu dans la majorité des cas, a son centre formé par du tissu cellulo-adipeux. Il semble qu'ici la paroi intestinale tout entière, y compris le tissu cellulaire qui la sous-tend, ait participé à la formation de la tumeur, et non pas seulement sa portion muqueuse,

entraînant des éléments musculaires divers et dispersés sur la coupe.

C. — L'examen d'un fragment de *la peau*, épaisse, bosselée de gros replis séparés par des fissures profondes, prélevé au niveau de l'ombilic, révèle la structure d'une peau normale, avec quelques caractères inflammatoires.

D. — Quant au grêle pédicule qui traverse l'orifice ombilical, il est constitué uniquement par du tissu fibreux.

La disposition constatée sur cette pièce est tout à fait exceptionnelle et intéressante en ce qu'elle représente le type parfait de l'adénome diverticulaire de l'ombilic, conservant des rapports avec le diverticule intestinal, mais avec interruption complète des éléments de la muqueuse.

C'est un cordon fibreux qui établit la connexion entre le diverticule et la tumeur recouverte d'une muqueuse intestinale, mais formée d'une masse cellulo-graisseuse sans trace de glandes ou même de débris épithéliaux.

MM. Lannelongue et Frémont (*Archives de médecine* 1884, vol. I, p. 36), en étudiant la pathogénie de ces tumeurs, ont établi deux groupes distincts suivant qu'il y a ectropion total de la muqueuse ou seulement ectropion partiel latéral. Dans le premier cas il reste une sorte d'infundibulum en communication avec l'intestin; les tumeurs sans orifice central correspondraient à l'ectropion partiel latéral. Mais dans un travail publié cette année dans la *Revue d'orthopédie*, MM. Capette et Gauckler font observer que dans le cas d'ectopion partiel latéral, l'insertion de la tumeur ne saurait être polaire et doit être nécessairement latérale.

Dans la pièce que je vous présente, l'insertion est bien nettement polaire; le pédicule de la tumeur se continue directement avec le cordon fibreux plein qui aboutit au sommet du diverticule.

Il semble donc qu'il faille ajouter une nouvelle classe aux trois classes décrites par MM. Capette et Gauckler. Ces auteurs, en effet, distinguent trois catégories de faits : 1° Ectopion total de la muqueuse avec persistance du revêtement muqueux diverticulaire et communication avec la cavité intestinale. 2° Ectopion total de la muqueuse avec oblitération de la lumière diverticulaire et présence de culs-de-sac glandulaires centraux, vestiges de la muqueuse centrale. 3° Ectopion partiel, avec insertion latérale et sans culs-de-sac glandulaires centraux.

Une autre classe constituée par un ectopion total avec oblitération complète de la lumière diverticulaire et disparition de tout élément glandulaire au centre de la tumeur pourrait donc trouver place après le deuxième groupe de cette classification.

Fibrome de l'utérus et pyomètre.

M. Potherat. — La pièce que je vous présente vous montre un utérus portant sur sa face postéro-latérale droite un fibrome, bien encapsulé, qui, après rétraction dans le formol, a encore le volume d'une tête de fœtus. J'ai enlevé cet utérus il y a cinq jours, par hystérectomie abdominale sus-vaginale, à une malade de mon service. Jusqu'ici rien que d'absolument banal.

L'intérêt est autre. Lorsque la pièce enlevée j'ouvris la cavité utérine, je ne fus pas peu surpris de trouver cette cavité très agrandie, remplie d'un grand verre à boire d'un pus fluide, crémeux, phlegmoneux, dégageant une odeur nauséabonde, rappelant davantage l'odeur de certains pus d'empyème thoracique que celle des collections pelviennes juxta-intestinales.

A dire vrai, la malade nous avait révélé des pertes tachant son linge en jaune-vert, pertes modérées mais persistantes, et dégageant une odeur désagréable. J'en avais conclu qu'elle devait avoir, outre un fibrome sous-péritonéal, un fibrome intra-utérin, sous-muqueux, ce qui, en somme, n'était pas.

C'est la première fois que je rencontre ce véritable empyème intra-utérin, et je me suis efforcé d'en trouver l'origine. L'examen anatomique de l'organe n'a pu me fournir l'explication de cette collection purulente. Pas de fibrome suppuré ou en dégénérescence putride, pas d'abcès des parois de l'utérus; intégrité des annexes, trompes et ovaires. Sans doute les parois de l'utérus étaient ramollies, friables, mais c'était là, je pense, des lésions secondaires.

Si nous interrogeons l'histoire clinique de cette malade, nous ne sommes guère mieux renseignés. Elle a cinquante-cinq ans. Elle a totalement cessé d'être réglée, sans incidents, il y a quinze ans. Pendant quatorze ans, elle se porte parfaitement bien. Il y a un an, elle ressent des malaises mal définis, puis une pesanteur dans le bas-ventre, ensuite des douleurs vagues pelviennes, enfin des douleurs si vives, abdominales et génito-crurales, qu'elle dut prendre le lit et qu'elle dut le garder d'une façon intermittente, mais fréquente. En même temps, elle s'aperçoit de pertes tachant son linge, pertes peu abondantes qui ont constamment persisté, et qui, dès ce moment, étaient odorantes.

Par la suite, son médecin lui fit plusieurs fois du cathétérisme utérin, lui appliqua des crayons médicamenteux à plusieurs reprises. Peut-être cela explique-t-il le rétrécissement du canal utérin que l'on observe ici, mais ce traitement, d'ailleurs rationnel, ne peut être invoqué pour expliquer l'abcès intra-utérin, puisque

les pertes purulentes avaient précédé tout traitement. Il fut en outre sans efficacité, et c'est pour lui faire subir un curettage que cette malade nous fut envoyée il y a une quinzaine. Pendant quatre jours, elle n'eut aucune perte, puis elle commença à perdre du pus mal odorant. L'examen montrait un utérus fibromateux; je pensai à un fibrome sous-muqueux, et je fis l'hystérectomie subtotale. Ce pus n'était probablement pas très virulent, car il s'en écoula une certaine quantité dans le ventre, protégé, il est vrai, par des compresses, et il n'y eut aucun accident consécutif, pas d'élévation de température. J'avais toutefois pris soin de drainer le pelvis pendant trois jours.

La surface muqueuse de l'utérus a l'aspect des parois dites pyogéniques des abcès, sans autre lésion appréciable.

Fibromes multiples de l'utérus.
Végétations muqueuses intra-utérines. Métrorragies considérables.

M. Potherat. — L'utérus que je vous présente, rembourré de fibromes et hérissé de polypes fibreux sous-péritonéaux, provient d'une femme de cinquante ans passés, qui était arrivée à un état d'anémie considérable par le fait de métrorragies d'une extrême abondance. J'ai pratiqué hier l'hystérectomie subtotale dans des conditions normales, et à l'ouverture j'ai trouvé, dans la cavité utérine, de volumineuses productions muqueuses en langue de chat, sessiles, molles, flexibles. J'ai souvent observé dans l'utérus fibromateux une, quelquefois deux de ces lames muqueuses, jamais en aussi grande abondance. Je crois que ces lames jouent un rôle prépondérant dans la production des hémorragies utérines qu'on observe en pareil cas.

Énucléation des fibromes.

M. Tuffier. — Je vous présente une série de *fibromes* enlevés par *énucléation* chez des malades opérés la semaine dernière.

Ce premier lot comprend sept fibromes pesant ensemble 1.030 grammes; le deuxième cinq fibromes pesant 1.060 grammes. J'aurai à rappeler ces faits dans la discussion qui va s'établir sur ce point. C'est pourquoi j'ai tenu puisque l'occasion se présente, à vous montrer les pièces.

Le Secrétaire annuel,
Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1903

Présidence de M. Kirmisson.



Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques des deux dernières semaines.

2° Une lettre de M. Morestin qui pose sa candidature à la place de membre titulaire de la Société de chirurgie.

3° Une lettre de M. Riche qui pose sa candidature à la même place.

4° Une lettre de M. Vanverts à la place de membre correspondant national de la Société de chirurgie.

5° Un mémoire pour le prix Gerdy ayant pour devise : « *age quod agis* ».

6° Un mémoire pour le prix Laborie ayant pour devise : « *Labor improbus omnia vincit* ».

7° Une letlre de M. Poirier demandant un congé pendant la période de son cours à la Faculté.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos de la mobilité du péricarde.

M. Paul Reynier. — Dans notre dernière séance, M. Poirier a fait une comparaison qui, par sa hardiesse, m'a un peu surpris.

Pour notre collègue, le péricarde serait une membrane molle, flaccide, malléable comme le scrotum ou la vessie, et dont la forme varie comme celle du cœur, environ 60 fois par minute.

M. Terrier lui faisant remarquer que, dans les opérations qu'il a faites sur le cœur, il avait trouvé cependant un péricarde fibreux, nettement isolable, tendu et épais, n'ayant rien de la flaccidité dont parlait M. Poirier, celui-ci a de nouveau insisté, nous disant qu'il fallait nous mettre en garde contre toutes les descriptions classiques.

J'avoue que ces affirmations m'ont momentanément ébranlé, et que je me demandais comment dans mes dissections, dans mes autopsies j'avais pu me tromper à ce point, et méconnaître cette flaccidité remarquable.

J'ai été demander un cadavre à mon ami, M. Rieffel, et, avec lui, j'ai mis à nu un péricarde, le disséquant dans son entier.

Or, cette dissection ne m'a pas convaincu de cette mobilité excessive, dont parlait M. Poirier.

J'ai retrouvé, en effet, le sac fibreux, que nous décrivent tous nos auteurs classiques, sac résistant, épais surtout en avant, moins et plus souple en arrière et sur les côtés, où un tissu cellulaire lâche l'unit aux tissus voisins.

J'ai retrouvé ce sac fibreux fortement tendu, par en haut, par les deux ligaments vertébro-péricardiques et par le puissant ligament cervico-péricardique de Richet, avec ses deux attaches au sternum et à la première côte, décrites par MM. Lannelongue et Le Dentu. Par en bas, le même sac est tendu par les brides fibreuses qui se rendent à l'appendice xiphoïde et le fort ligament phréno-péricardique, qui fait corps avec le centre aponévrotique du diaphragme.

Tendu ainsi par en haut et par en bas, le sac péricardique, dans sa portion antérieure, ne peut donc jouir d'une grande mobilité, et cette tension nous explique pourquoi, comme l'a constaté M. Terrier, dans les opérations, l'incision du péricarde montre un sac très peu flaccide, et dont les lèvres de l'incision n'ont guère de tendance à se déplacer.

En arrière et sur les côtés, le péricarde peut mieux se mouler sur le cœur, et suivre ses mouvements. Mais nous avons la traversée du péricarde par les gros vaisseaux, veine cave inférieure, veine cave supérieure, veines pulmonaires ; sur ces vaisseaux, le péricarde se prolonge formant des gaines fibreuses résistantes, qui les accompagnent jusqu'aux plans aponévrotiques voisins, contribuant à maintenir béants les orifices de ces vaisseaux, en même temps qu'elles fixent le péricarde, et lui laissent peu d'espace pour se livrer à de grands mouvements.

Je signalerai encore les adhérences du péricarde à l'œsophage qui lui est uni par des tractus fibreux très résistants, et qui doivent, sur ce point, entraver la mobilité péricardique.

D'ailleurs, si dans l'anatomie de M. Poirier, je relis la description du péricarde faite par M. le professeur Soulié, je vois que celui-ci nous dit que le feuillet pariétal s'unit à une épaisse lame conjonctive décrite sous le nom de sac fibreux péricardique, que l'on identifie au péricarde dans l'étude de ses rapports. M. Soulié reconnaît que le péricarde, ainsi constitué, maintenu en position par ses ligaments, sert d'organe fixateur au centre phrénique dont l'abaissement ne dépasserait pas, d'après Masse, 5 millimètres dans l'inspiration normale.

Aussi le nom du tendon creux du diaphragme contesté par M. Poirier, et que lui ont donné Beau et Maissiat, lui conviendrait-il, d'après M. Soulié, parfaitement.

Cette fixité du péricarde qui l'empêche, par conséquent, d'être aussi mobile que le dit M. Poirier, serait, d'après M. Soulié, dont je partage entièrement la manière de voir, nécessaire pour éviter aux gros troncs artériels et aux vaisseaux des pédicules pulmonaires, des tiraillements nuisibles à leur bon fonctionnement.

La grande mobilité du péricarde, que l'anatomie ne démontre pas, est également contredite par les faits physiologiques et pathologiques.

Il existe, en effet, dans la cavité péricardique une pression négative oscillant entre 3 et 5 millimètres de mercure, pression qui, d'après Adamkiewicz, Jacobson et Kœnigsberg peut descendre lorsqu'on produit de la dyspnée, chez un animal, jusqu'à 9 millimètres. Le péricarde ne semblerait donc pas suivre les mouvements du cœur d'une façon absolue.

Enfin, je rappellerai que l'on ne peut injecter, dans un péricarde, qu'une certaine dose de liquide, 450 à 475 centimètres cubes, le cœur vide, d'après Farabeuf. On ne peut donc le distendre comme on distendrait un scrotum ou une vessie. C'est même sur la constatation de cette inextensibilité, qu'on s'est appuyé pour expliquer la mort par compression cardiaque dans quelques épanchements rapides intrapéricardiques.

Tous ces faits semblent donc montrer que si M. Poirier a raison, en disant que le péricarde se moule assez bien sur le cœur, et en reproduit la forme, il ne faut pas cependant qu'il exagère, qu'il nie l'épaisseur du péricarde, sa résistance, due à sa structure fibreuse, et qu'il lui attribue une souplesse et une mobilité, qu'il ne peut avoir que très limitée, étant tendu et fixé de toutes parts par des adhérences fibreuses très résistantes.

M. Pierre Sebileau. — Je veux seulement répondre quelques mots à M. P. Reynier.

Je dois dire, tout d'abord, que je me considère comme un anatomiste un peu jeune pour oser une comparaison aussi nouvelle que celle de notre collègue Poirier et pour assimiler les qualités physiques du péricarde à celles du scrotum.

Mais cela dit, je pense que M. Poirier est dans le vrai et que M. Reynier n'a pas bien saisi le sens de la réponse que celui-ci a faite à la communication de M. Tuffier. Je ne crois pas que M. Poirier ait entendu nier, ni le caractère fibreux, ni l'épaisseur, ni la résistance, ni l'appareil ligamenteux du péricarde ; il a seulement dit, c'est au moins ce que j'ai entendu, que ce sac fibreux, sur le vivant, était mou, malléable, qu'il s'appliquait sur le cœur et épousait les mouvements du muscle cardiaque. Eh bien! sur ce point, je suis de son avis.

Si M. Reynier pense le contraire, c'est qu'il juge de la disposition des choses sur le vivant d'après ce qu'il les a vues être sur le cadavre, et c'est là précisément qu'est l'erreur. Le cœur du cadavre est ratatiné ; ses parois et ses cavités sont vides ou presque vides : ainsi se constitue entre la surface du myocarde et le péricarde fibreux, qui, à ce moment, reste fixé par ses ligaments et ses adhérences, un espace que constate l'anatomiste. Mais, à l'état de vie, le myocarde et le péricarde fibreux sont en contact et le second ne peut faire autrement que de s'appliquer sur le premier, d'en épouser la forme et d'en suivre les mouvements.

Et s'il n'en était pas ainsi, cette loi d'anatomie générale que nous connaissons tous, à savoir que les deux feuillets (splanchnique et pariétal) des séreuses sont en contact permanent, serait mise en échec.

Il n'est donc pas douteux que, malgré toutes ses adhérences et malgré tout son appareil ligamentaire, le péricarde fibreux suit le cœur et se modèle sur sa surface. Il ne cesse de le faire que le jour où il se développe entre les deux feuillets péricardiques un épanchement qui, repoussant le sac fibreux, réalise, en fait, la cavité purement virtuelle de la séreuse.

Il cesse aussi de le faire sur le cadavre pour la raison que je donnais tout à l'heure : et c'est justement là que réside la cause du différend qui sépare M. Poirier de M. Reynier.

M. Paul Reclus. — Je n'ai point qualité pour prendre parti dans cette question d'anatomie pure, mais, sur le vivant, au cours d'une opération de Delorme, j'ai eu le cœur du malade deux ou trois minutes dans la main et j'ai été frappé de voir combien le

péricarde, souple et mince, épousait pour ainsi dire toutes les formes et tous les mouvements du cœur.

M. Potherat. — Je ferai une observation analogue à celle que vient de produire M. Reclus. Deux jours après la dernière séance de la Société de chirurgie, j'eus l'occasion d'opérer un *kyste hydatique* du lobe gauche du foie qui me conduisit immédiatement sous le diaphragme au niveau du centre phrénique. Très frappé par ce que nous avait dit M. Poirier dans la dernière séance, je voulus essayer de vérifier dans la mesure du possible le bien fondé de son opinion. Certes je connaissais bien les dispositions anatomiques que vient de nous rappeler M. Reynier, et qui sur le cadavre nous montrent le péricarde sous la forme d'un sac fibro-séreux, rigide, solidement rattaché au thorax et aux aponévroses du cou en haut, au centre phrénique en bas, c'est-à-dire une disposition tout à fait différente de la souplesse que M. Poirier nous affirmait exister pendant la vie. Me trouvant donc, il y a quatre jours, au cours d'une intervention, en rapport direct, avec le centre phrénique, j'en profitai pour explorer par cette voie le sac péricardique, et je constatai, non sans surprise, que péricarde et centre phrénique avec le cœur, en contact direct formaient une masse tout à fait molle et malléable, que j'aurais pu, ce me semble, saisir dans la main. J'en conclus donc que l'aspect du péricarde sur le vivant diffère totalement, au point de vue physique, de l'aspect qu'il nous présente sur le cadavre, et que la comparaison de M. Poirier, pour si *originale* qu'elle soit, n'est pas éloignée de la vérité physiologique.

M. Walther. — Je crois que nous sommes tous d'accord sur la question du vide existant entre la surface du cœur et le péricarde. La mobilité du péricarde est bien mise en lumière par ce fait des observations de symphyse cardiaque dans lesquelles la résection de quelques côtes fait disparaître ou diminuer notablement les troubles fonctionnels graves dus à cette symphyse.

Mais il s'agit ici, surtout, de constatations directes. J'ai eu l'occasion cette année, à deux reprises, au cours d'opérations thoraciques, de voir le péricarde complètement à nu et, dans les deux cas, j'avais été frappé de la façon dont il enveloppe le cœur, épouse sa forme et laisse apparaître tous ses mouvements, la forme même des contractions cardiaques. Je crois que M. Poirier a exagéré en comparant sa souplesse à la flaccidité du scrotum, mais il me paraît certain que le péricarde vivant ne ressemble en

rien au sac fibreux et résistant, tendu, que nous connaissons sur le cadavre.

M. Paul Reynier. — Si par la section des côtes, et en détruisant les adhérences qui peuvent maintenir le péricarde à la cage thoracique, on améliore les malades atteints de symphyse cardiaque, il ne faut pas cependant en conclure que les mouvements du cœur se font comme à l'état normal, lorsque celui-ci en se contractant peut faire glisser le feuillet viscéral du péricarde sur le feuillet pariétal antérieur tendu par ses attaches cervicale et diaphragmatique.

M. Walther. — Je me suis sans doute bien mal expliqué. Dans les opérations pour symphyse cardiaque dont j'ai parlé, il ne s'agit nullement de libérer les adhérences qui unissent le cœur au péricarde. On résèque deux côtes, et la paroi assouplie permet au péricarde de suivre les mouvements du cœur et rétablit le fonctionnement de l'organe.

M. Paul Reynier. — J'accepte en grande partie tout ce que nos collègues viennent de me dire, et nous sommes bien prêts d'être d'accord.

Ils reconnaissent en effet comme moi que M. Poirier a employé une comparaison un peu hasardeuse, et qu'on ne saurait méconnaître que le péricarde est une membrane fibreuse résistante, tendue dans sa portion antérieure par des ligaments puissants, fixée par des attaches nombreuses, et qui n'a pas une souplesse comparable à celle du scrotum. Toutefois ils me font observer que sur le vivant le péricarde semble à l'œil suivre les mouvements du cœur, et se modeler sur lui. Le fait qu'il y a pression négative dans la cavité péricardique montre en effet que le feuillet pariétal doit toujours quand le cœur se contracte être attiré vers le feuillet viscéral; mais cela ne veut pas dire que ces deux feuillets ne cessent à aucun moment et sur toute leur étendue de s'appliquer exactement l'un sur l'autre, ce qui étant donnée la tension de la face antérieure du péricarde me paraît bien peu probable tout au moins en avant, et ce qui aurait besoin d'être démontré autrement que par de simples assertions. Ce n'est pas le fait pathologique sur lequel s'appuie M. Walther qui peut résoudre la question; car si dans la symphise cardiaque les mouvements du cœur sont gênés, ceci semble plutôt démontrer la nécessité, qu'il y a, à ce que le feuillet viscéral puisse librement glisser sur le feuillet pariétal et s'en séparer quand le cœur se contracte.

Discussion sur la communication de M. Richelot.

M. Ricard. — La communication de M. Richelot porte sur deux points distincts.

1° L'hystérectomie abdominale subtotale doit être abandonnée, parce qu'elle laisse un moignon du col, prédisposé à la dégénérescence maligne;

2° La myomectomie est une opération qu'*a fortiori* il faut déconseiller.

Examinons successivement les deux parties de la communication de notre collègue.

M. Richelot n'est pas un adversaire irréductible de l'hystérectomie subtotale, il concède qu'elle ne ressemble en rien aux anciennes amputations supra-vaginales, il admet même que c'est une bonne opération, mais elle ne serait ni plus ni moins facile que l'hystérectomie totale et elle a le grand inconvénient de laisser un moignon utérin, capable de dégénérer et de devenir cancéreux.

Reprenons ces deux points : L'hystérectomie totale est, dit-il, aussi simple dans son exécution que la subtotale. Je doute que cette opinion réunisse parmi nous la majorité des suffrages. A qui fera-t-on croire qu'il est plus simple d'aller très bas sectionner le vagin, alors que le col utérin se présente plus près et plus superficiel sous les yeux et sous le doigt de l'opérateur? Comment comparer cette section exsangue du tissu utérin, résistant et fixe sous le bistouri, à la section hémorragique d'un vagin flasque qui fuit sous l'instrument et pour l'ouverture duquel on avait autrefois inventé une série de manœuvres?

Quand M. Richelot nous dit qu'en une demi-minute il fait l'hémostase du vagin et sa suture, cela fait honneur à son habileté opératoire. Cette opinion le met d'ailleurs en contradiction avec ce qu'il écrivait récemment encore. Comment admettre, en effet, que cette tranche vaginale, dont l'hémorragie préoccupait à juste titre les fervents de l'hystérectomie vaginale, cesse de donner du sang lorsqu'elle est sectionnée de haut en bas, par le ventre, au lieu de l'être par le vagin?

Si notre collègue, passe sous silence l'hémorragie, parfois si ennuyeuse, de la tranche vaginale, c'est que peut-être il conserve encore un peu de col. Écoutez ce qu'il écrit (1) à propos de l'incision du vagin. « Coupez le au jugé, pour ainsi dire, en pénétrant

(1) *Chirurgie de l'Utérin,* p. 395, Paris, 1902.

un peu dans le tissu utérin, de telle façon qu'il en reste une parcelle à chaque lèvre de la plaie vaginale. » Dans ces conditions, nous commençons à être du même avis; mais alors entre la totale de M. Richelot et la subtotale de tout le monde, il n'y a qu'une différence de quelques millimètres de col.

Notre collègue a écrit et a proclamé que le « péril vaginal » n'existe pas, que c'est « une vieille rengaine ». Pour lui, le vagin a une flore microbienne absolument innocente; c'est à peine si l'asepsie en est nécesssaire; car le laboratoire démontre que les microbes du canal génital ne sont pas pathogènes. Enfin, dit notre collègue, « si le vagin est infecté, la cavité cervicale l'est aussi et il n'y a pas plus de raison pour que l'ouverture de l'un soit plus dangereuse que celle de l'autre ».

Sur ce point je ne serai pas encore de l'avis de notre collègue, je ne partage pas sa quiétude vis-à-vis de l'innocence de la flore microbienne du vagin et je ne me permettrai pas de comparer le minuscule orifice cervical, si facilement protégé au cours de l'opération, avec la béance d'un vagin dont l'ouverture s'étale au fond de la cavité pelvienne.

En réalité M. Richelot a un faible pour la voie vaginale dont il est resté si longtemps le courageux défenseur. Il ne l'a abandonnée qu'à regret, par étapes. De vaginal, il est d'abord devenu vagino-abdominal, grâce aux procédés mixtes. Et déjà, il proclamait que ce « péril vaginal » n'existait pas. Toutefois il faut croire que ce procédé n'était pas sans quelque danger car M. Richelot l'abandonnait pour devenir franchement abdominal.

Actuellement, il paraît pris de remords, et par un procédé détourné, il revient à la voie vaginale, mais cette fois par l'abdomen.

Aussi bien, ceci est affaire d'impression personnelle, M. Richelot ne voit aucun inconvénient à ouvrir le vagin; pour moi, je ne l'ouvre que lorsqu'il y a une indication spéciale, par exemple la nécessité d'un drainage en cas de grosse suppuration pelvienne ouverte au cours de l'hystérectomie, au cas de dénudation large du rectum, etc. Dans ces cas, je fais la totale et pratique la péritonisation haute de l'excavation, le vagin restant ouvert comme large voie de drainage, comme dans l'hystérectomie par voie vaginale. En d'autres termes, comme rapidité, comme facilité, comme bénignité, je préfère la subtotale et je n'ai recours à l'hystérectomie totale qu'en face d'indications particulières que je n'ai point à passer ici en revue.

M. Richelot me permettra de ne point parler statistique, il sait comme moi quelle en est la valeur. Il est toutefois hors de doute que s'il était démontré que le moignon de la subtotale présentât

une prédisposition regrettable à la dégénérescence cancéreuse il y aurait lieu d'adopter la façon de faire de notre collègue.

Mais ceci est loin d'être démontré.

Examinons, en effet, les faits cités à l'appui de sa thèse par M. Richelot. Il y a d'abord le cas de M. Hartmann. Deux cas dont M. Le Dentu aurait parlé. N'ayant pas les observations il m'est impossible de les discuter. Je suis obligé de m'en tenir aux observations que veut bien nous rapporter M. Richelot.

Sa première malade, Jeanne V..., est opérée pour une tumeur difficile pour laquelle le diagnostic était hésitant « entre un fibrome et un cancer du corps. L'opération fit voir qu'il s'agissait d'un fibrome. *Mais six mois après la malade avait un cancer du col,* ENVAHISSANT LE CUL-DE-SAC » et dont M. Richelot tenta vainement l'extirpation.

Notre collègue sent bien qu'on lui objectera que le « cancer devait exister au moment de l'opération. C'est en effet ma conviction absolue, car je ne connais pas de cancer utérin, qui naisse, détruise le col et envahisse le cul-de-sac en six mois.

Le deuxième cas paraît incontestable. A noter toutefois que le col était hypertrophié et scléreux et qu'alors nombre de chirurgiens eussent peut-être, dans ce cas, pratiqué une hystérectomie totale.

Le troisième cas de M. Richelot n'existe pas. Il s'agit d'une malade opérée par un autre chirurgien d'un fibrome; en passant M. Richelot la vit, elle avait un cancer du col. Avait-elle réellement un fibrome auparavant? depuis quand avait-elle été opérée? Aucun renseignement à cet égard.

Passons aux cas de la littérature médicale, ils ne sont pas nombreux, il y en a dix. Mais presque tous se rapportent à des hystérectomies à pédicule externe. Étudions les de près.

Dans le premier cas, de Wehmer, il s'agit d'une hystérectomie à pédicule externe, et *quelques mois après* il y avait une repullulation au niveau de la cicatrice; repullulation à laquelle la malade succomba très rapidement.

Là il n'est pas question de moignon de subtotale ni de cancer du col. Nous sommes loin de notre sujet.

Dans le cas de Menge, il s'agissait d'une grosse tumeur avec ascite, opérée par le procédé de Zweifel, c'est-à-dire avec gros pédicule interne et lien élastique. Huit mois plus tard, il y avait une récidive, il n'est pas dit si c'est dans le col.

Dans le troisième cas, de Savor, il y eut bien un néoplasme du col quatre ans après une hystérectomie avec *pédicule rétro-péritonéal.*

Le quatrième cas constate une récidive une année après l'extirpation d'un fibrome gangreneux.

Dans le cinquième cas, de Schenk, c'est *moins de quatre mois après l'opération* d'hystérectomie à pédicule externe qu'on trouve un champignon sur le col.

Je passe sur le cas de Freund, sans détails, pour arriver aux deux cas du Dr Condamin, chez ses deux malades opérées d'hystérectomie subtotale. Moins d'un an après, il y avait une masse fongueuse au fond du vagin.

Quant au cas de Noble, *quatre mois après* une hystérectomie supra-vaginale pour une tumeur non examinée, il y avait une récidive qui amenait la mort en quelques mois.

Je ne comprends pas comment M. Richelot peut utiliser le dernier cas de Marthry pour la thèse qu'il soutient si l'on en juge par cet extrait :

Quatre ans après une hystérectomie pour fibrome, la malade avait un cancer de la paroi abdominale, à point de départ cervical, mais indépendant du moignon !

Les observations précédentes sont les seules où M. Richelot a trouvé quelque précision. Ce qui nous permet de ne pas insister sur les autres, auxquelles il fait allusion quelques lignes plus loin.

Ainsi, ces quelques observations pour la plupart n'ont pas trait à des subtotales et nous montrent des épithéliomas évoluant dans les quelques mois qui ont suivi l'opération. De leur étude on doit conclure que dans la plupart d'entre elles le cancer cœxistait au moment de l'opération.

C'est pourquoi, avec nombre d'auteurs, j'estime que la transformation maligne du moignon de la subtotale est tout à fait exceptionnelle, que la possibilité de cette dégénérescence ne doit pas entrer en ligne de compte pour le choix du procédé opératoire, surtout si l'on a soin de ne laisser dans la subtotale que la quantité minima du col strictement nécessaire pour assurer au procédé son originalité, et si l'on se décide à pratiquer l'hystérectomie totale au moindre soupçon de dégénérescence du col.

Grâce à ces deux précautions le « péril épithélial » ne saurait nous faire changer de technique.

Je ne suivrai pas M. Richelot dans sa longue dissertation sur les lois de la pathologie générale, et je n'aurai garde de m'égarer, sur les « relations mystérieuses » de la sclérose utérine, du fibrome et du cancer. Ce n'est point dans cette partie de sa communication que je trouve des éléments suffisants de conviction.

Quant à la myomectomie, je serai bref, pour ne pas éterniser cette discussion déjà longue. Je m'en tiendrai aux conclusions de mon rapport au Congrès de chirurgie en 1899. Quand il s'agit

d'une femme jeune, en pleine période génitale, avec fibrome manifestement unique et annexes saines, la myomectomie est indiquée.

Mais quand la femme n'est plus dans la période génitale, soit du fait de son âge, soit du fait de lésions annexielles doubles, lorsque la multiplicité des fibromes fait craindre une opération incomplète, je considère que la conservation de l'utérus est une mauvaise opération dont on a tort de vanter aux malades les avantages plus apparents que réels.

M. Routier. — Si je ne voulais répondre qu'au point capital de la communication de M. Richelot, à savoir la dégénérescence cancéreuse du col de l'utérus laissé en place après hystérectomie partielle pour fibromes, je lui dirais que je n'ai jamais observé ce fait.

Cependant, depuis mes premières interventions chirurgicales, je me suis occupé de fibromes, j'en ai beaucoup vu et beaucoup opéré, et comme vous tous j'ai débuté par pratiquer l'hystérectomie à pédicule externe, c'est-à-dire une hystérectomie subtotale mal faite.

Mais dans son intéressante communication, notre collègue touche d'autres questions, soit au point de vue de la médecine opératoire, soit au point de vue de l'anatomie pathologique. Ce sont surtout et seulement ces questions que je pourrai discuter puisque jamais je n'ai observé la dégénérescence cancéreuse du moignon cervical.

Sans avoir totalement abandonné la voie vaginale, je suis revenu presque exclusivement à la voie abdominale depuis déjà longtemps dans la cure des fibromes utérins.

Très éclectique par tempérament, j'ai successivement suivi les diverses modifications apportées par les opérateurs dans la technique des multiples procédés d'hystérectomie qui se sont succédé et bien qu'ayant moi-même inventé un procédé destiné à rendre l'hystérectomie abdominale facile et rapide, procédé qui a fait l'objet de la thèse de mon ancien interne le Dr Diriart, je n'ai pas cru ce procédé définitif.

Loin de là, je l'ai même abandonné pour la pratique de l'hystérectomie totale d'après le procédé dit américain, et quand est survenue l'hystérectomie subtotale, telle que nous la faisons aujourd'hui, que nous avions essayée autrefois avec le pédicule externe, le moignon à la Schröder ou les ligatures élastiques perdues, j'ai considéré cette hystérectomie subtotale comme un progrès, et aujourd'hui, je dois le dire, c'est, pour les cas où elle me paraît possible, mon procédé de choix.

Mon excellent collègue Richelot ayant parlé dans sa communi-

cation des deux procédés opératoires, hystérectomie abdominale totale et hystérectomie subtotale, paraissait les mettre sur un pied d'égalité soit au point de vue de la facilité d'exécution, soit au point de vue des résultats; je lui concède ce dernier point, je suis de son avis.

Je dois dire qu'il m'a fort surpris en disant que ces deux procédés étaient également faciles à exécuter.

J'ai une grande habitude des deux procédés, je puis dire que je les ai bien dans la main tous les deux, car depuis déjà plusieurs années, comme je vous le disais, j'ai à peu près abandonné la voie vaginale.

Toutes les salpingites purulentes que j'opère sont soumises par moi à l'hystérectomie abdominale totale, suivie, quand je le juge nécessaire, du drainage vaginal, ceci pour vous dire que je ne crains pas l'hystérectomie totale et que je la pratique couramment avec de très brillants résultats.

Mais je n'oublie pas qu'il s'agit de fibromes.

Autrefois, après l'abandon du pédicule externe, et les très rares cas où j'ai pu faire l'ablation par voie vaginale du col utérin après ablation du fibrome par voie abdominale, j'ai pratiqué comme vous tous sans doute l'hystérectomie abdominale totale que je faisais par mon procédé à ligatures élastiques.

Puis j'ai adopté la pratique américaine, mais je dois dire que même dans sa simplicité, cette opération me paraît beaucoup plus difficile que l'hystérectomie subtotale.

Quoi qu'ait pu dire M. Richelot, l'hémostase de la section vaginale est autrement laborieuse que celle du col; lorsqu'on a lié les utéro-ovariennes et les artères utérines, la section du col ne saigne pas, et on peut de suite passer à la restauration du péritoine pelvien toujours facile et commode à mener à bonne fin.

Quand on a tout enlevé, au contraire, il faut faire, outre la ligature des utérines, pas mal de ligatures secondaires sur les tranches vaginales.

Je dois dire à la vérité que, dans ma pratique, l'hystérectomie subtotale s'adresse surtout aux cas simples, tandis que l'hystérectomie totale est employée dans les cas compliqués.

Il est bien certain que, dans un cas de fibrome utérin, si le col de cet utérus me paraît tant soit peu suspect ou malade, atteint seulement de métrite hypertrophique, je l'enlève, mais pour un fibrome simple, à col utérin normal, jamais je ne consentirai à allonger mon opération de quelques minutes pour échapper à une complication que je n'ai jamais observée, la dégénérescence cancéreuse du moignon laissé en place.

Je ne puis pas suivre M. Richelot dans ses discussions anatomo-

pathologiques sur l'influence des fibromes utérins, sur la dégénérescence possible de la muqueuse ou du muscle en tissus cancéreux, je me reconnais trop incompétent en anatomie pathologique générale pour pouvoir discuter cette question.

Mais si, du général, je descends au particulier, si j'interroge les faits, si je m'en rapporte à ce que m'a montré la clinique, je m'inscris en faux contre ses assertions; jamais je n'ai vu revenir une de mes malades opérées par moi d'hystérectomie subtotale avec un cancer de son col utérin, et j'affirme qu'autant qu'aucun de mes collègues, je suis mes malades, j'ai une fiche pour chacune de mes opérées; elles le savent, viennent me revoir; souvent pour différentes raisons mes internes les ont recherchées, revues; jamais, je vous le répète, je n'ai observé la dégénérescence cancéreuse du moignon laissé en place. Il faut donc que ce soit un accident exceptionnel; on ne peut admettre une prédisposition, le cas serait plus fréquent.

Aussi dois-je avouer que je suis décidé à continuer mes errements, et qu'aux fibromes simples, non compliqués de suppurations annexielles, non compliqués de lésions du col, je continuerai à appliquer l'hystérectomie subtotale.

J'ajouterai qu'au point de vue de la mortalité, ces deux opérations, hystérectomie totale ou subtotale, se valent dans mon esprit, je les considère comme très bénignes; je ne puis vous apporter de chiffres, mes cas ne sont pas comparables, car dans ma pratique, je le répète, l'hystérectomie totale s'adresse aux cas compliqués, l'hystérectomie subtotale aux cas simples, elles ne me donnent pas de mortalité.

Qu'il me soit permis, en terminant, de remercier M. Richelot de sa réflexion à propos du drainage vaginal que j'emploie, que je défends depuis que je pratique la chirurgie, et auquel je dois mes plus beaux succès.

Il a dit à propos de ce drainage, faisant allusion aux craintes d'infection ascendante dont on a souvent parlé : « Le péril vaginal est une vieille rengaine ». Je ne saurais mieux dire. Jamais je n'ai eu à incriminer ce drainage qui, pour moi, est facile à exécuter, qui me paraît le seul vraiment rationnel, car le drain est placé au point déclive de la région à drainer, et qui, point important, n'empêche pas la restauration complète et immédiate de la plaie abdominale, évitant ainsi l'éventration future.

M. Schwartz. — *De la valeur de l'hystérectomie abdominale totale et de l'hystérectomie subtotale pour fibromes de l'utérus.*

Notre collègue Richelot dans sa communication brillante et suggestive a remis en question la valeur comparée de l'hystérec-

tomie totale et subtotale ou supravaginale dans le traitement des fibromes. S'appuyant sur ce fait que le col qu'on laisse peut devenir et est devenu en effet dans quelques cas le siège d'un cancer, néoplasme greffé sur un terrain déjà néoplasique de par le fibrome, il conseille systématiquement l'ablation totale dans tous les cas; pour lui. Si j'ai bien entendu et lu, cette dernière est aussi simple, aussi facile, aussi peu dangereuse, et plus sûre puisqu'elle met à l'abri des dégénérescences secondaires du moignon cervical restant.

Je ne veux pas contester la valeur des observations de cancer du col laissé en place que nous fournit notre collègue; et cependant je lui ferai observer qu'il n'en a ressemblé qu'une douzaine de cas; pour ma part jamais je n'en ai observé chez aucune de mes opérées d'autrefois, celles d'avant la période actuelle, lorsque nous pratiquions l'hystérectomie à pédicule externe, jamais non plus chez toutes celles opérées plus récemment par hystérectomie subtotale ou supravaginale, soit au total plus de 100 cas.

J'ai pu revoir un grand nombre de mes opérées depuis dix à quinze ans, j'en ai eu des nouvelles; je ne connais pas de cas de cancer greffé sur le moignon utérin. J'ai eu par contre deux fois des tumeurs diagnostiquées fibromes avant l'opération, mais que celle-ci nous a montré être des cancers récidivés et se généraliser malgré l'hystérectomie totale.

Je ne crois donc pas à une fréquence telle du cancer secondaire du col qu'il faille en tenir compte au point de vue du choix de l'intervention.

Celle-ci, à moins de conditions spéciales, me paraît devoir être l'hystérectomie subtotale ou supravaginale. Elle met en effet à l'abri de tout accident opératoire, quand elle est possible, du côté de l'utérus et de l'artère utérine. L'hémostase est bien plus simple, bien moins longue que dans la totale. Au point de vue de l'infection possible, une cavité du col thermocautérisée me semble plus aseptique que le vagin malgré tous les lavages qu'on y pratiquera. Je ne nie pas que dans les cas simples, faciles, qui sont la majorité, l'ablation totale ne soit guère plus difficile, mais malgré tout elle peut donner lieu à une hémostase plus prolongée sur les branches de l'utérine anormalement divisée, sur les tranches du vagin; je laisse de côté l'uretère qui dans ces cas n'est pas menacé. Quand le vagin se laisse attirer, c'est encore bien : mais lorsque le col est fixé, difficile à élever, n'est-il pas plus difficile et plus long de faire la totale que la subtotale à accès bien plus aisé?

Pour ma part je fais la subtotale ou supravaginale depuis bientôt cinq ans et j'avoue que je considère comme un grand progrès de notre chirurgie utérine la mise en œuvre de cette pratique.

Nous réservons l'hystérectomie totale aux cas où elle nous paraît indiquée et où elle est indiquée : fibromes du col, fibromes du segment inférieur, fibromes ligamentaires, bas situés. Il serait dans ces cas injuste de l'accuser des accidents qui peuvent se produire pendant l'intervention et qui sont dus aux dispositions anatomiques de la tumeur, à ses rapports anormaux ; s'ils sont évitables souvent, il n'en est pas moins vrai qu'ils sont arrivés entre les mains les plus habiles.

En somme, je resterai fidèle à l'hystérectomie subtotale ou supravaginale, opération de choix, réservant la totale quand il y aura nécessité. Je ne crois pas que quelques faits de cancer du moignon doivent nous faire préférer une opération en général plus longue et plus difficile à une intervention presque aussi simple que l'ablation d'un kyste de l'ovaire facile.

Quant à la myectomie, elle ne me paraît devoir être faite que dans le cas où chez une femme encore jeune à annexes saines il y a un ou plusieurs fibromes facilement accessibles, énucléables par ouverture de la cavité de l'utérus, ou encore dans ces cas où un fibrome pédiculé appelle pour ainsi dire une ablation sans sacrifice de la matrice.

Lecture.

M. Riche lit une *Contribution à l'étude des ruptures de l'urètre membraneux.*

Le travail de M. Riche est renvoyé à une Commission composée de MM. Nélaton, Routier et Bazy, rapporteur.

Communication.

Sur un cas de plaie du canal thoracique,

par M. J.-L. FAURE.

Les blessures du canal thoracique sont fort rares. C'est ce qui m'engage à vous communiquer une observation des plus intéressantes relative à cet accident.

J'ai vu deux fois le canal thoracique au cours d'opérations.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade que j'opérai le

26 août 1899, à la Charité, dans le service du professeur Tillaux, pour un cancer du lobe gauche du corps thyroïde.

L'opération ne présenta aucune difficulté particulière, grâce à une grande incision tracée le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien et de la clavicule. La section du sterno-mastoïdien m'avait donné un jour suffisant pour que la tumeur put être enlevée sans difficultés, malgré une résection de la carotide primitive et de la jugulaire interne et une dissection du pneumo-gastrique.

A la fin de l'opération, après extirpation de la tumeur, j'aperçus au fond de la plaie, dans l'angle de la jugulaire et de la sous-clavière gauches, un vaisseau transparent et bosselé, qui disparaissait en arrière dans les profondeurs du cou. La minceur de ses parois était extrême, son calibre était à peu près celui d'une plume d'oie. Il était distendu par un liquide clair et limpide. C'était évidemment le canal thoracique. Il ne fut point ouvert, et le malade sortit de l'hôpital au bout de quinze jours, complètement cicatrisé — pour être malheureusement atteint, peu de temps après, d'une récidive rapide.

La seconde fois que j'ai vu le canal thoracique, je m'attendais à le voir. Cela ne m'a pas empêché de le blesser.

Voici dans quelles circonstances :

Il s'agit d'une femme de trente-six ans, entrée à l'hôpital Laënnec, le 17 septembre dernier.

Depuis trois mois elle ressent des douleurs dans le creux sous-claviculaire et l'épaule gauches. Elle se plaint de fourmillements dans le bras et la main, en particulier dans la sphère du cubital. Elle avait déjà, à cette époque, remarqué une glande sur le côté du cou, et avait souffert de palpitations.

A son entrée, on constate dans la région sous-claviculaire et carotidienne gauche, des ganglions aplatis, durs, mobiles les uns sur les autres. Ils sont en grande partie cachés sous le sterno-mastoïdien. L'un d'eux, le plus inférieur plonge derrière la clavicule et disparaît dans le thorax.

La percussion permet de constater que la région sous-claviculaire gauche est mate. En bas, la matité se confond avec celle du cœur. Le murmure vésiculaire est complètement aboli dans la même région. En arrière, au contraire, la fosse sus-épineuse est sonore et la respiration est normale. Le côté droit de la poitrine est également normal. Il y a des signes de compression de la bronche gauche (souffle bronchique) et un affaiblissement manifeste du pouls radial gauche permet de conclure à la compression de la sous-clavière.

Bref, on porte le diagnostic de tumeur maligne du médiastin

antérieur situé en avant du sommet du poumon, avec ganglions du cou. Sur le point de départ de la tumeur on ne peut faire que des hypothèses.

La malade, bien qu'amaigrie, est vigoureuse, elle n'a pas de fièvre, ses urines sont normales.

Pensant que la tumeur médiastinale est peut être mobile comme les ganglions du cou, je me décide à en tenter l'extirpation.

Opération le 26 septembre 1903.

Incision le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien depuis le niveau de l'os hyoïde jusqu'à l'articulation sternoclaviculaire. Sur cette incision je branche une incision horizontale qui suit la clavicule jusqu'à son tiers externe. Le lambeau ainsi limité est disséqué et le sterno-mastoïdien sectionné. On a ainsi beaucoup de jour sur toutes la région. Un certain nombre de ganglions relativement superficiels sont facilement enlevés. Toute la région est disséquée, la jugulaire et le tronc veineux sont mis à nu, ainsi que l'artère sous-clavière et les nerfs du plexus brachial sur lesquels s'applique étroitement un gros ganglion. Un paquet ganglionnaire adhère également à la jugulaire interne, qui est séparée de la carotide et du pneumogastrique et reséquée en haut. Elle est alors rabattue en avant avec le paquet ganglionnaire qui lui adhère intimement. Je dissèque dans la profondeur avec beaucoup de prudence à cause de la proximité du canal thoracique, mais le ganglion remplit le confluent de la jugulaire et de la sous-clavière à laquelle il adhère également.

Pour faire le moins de dégâts possible sur sa périphérie, je le sectionne en deux en passant au milieu et je m'applique à décoller la partie profonde de chacune des deux moitiés. Tout à coup, et malgré l'attention que je mets à éviter le canal thoracique que je cherche à voir, un flot de liquide clair s'écoule. Il est évident que le canal est ouvert. Je l'aperçois, extrêmement mince, et j'en sépare le ganglion que j'enlève complètement.

La petite plaie du canal thoracique est située à quelques millimètres à peine de son embouchure dans le confluent veineux. Je l'oblitère avec une pince, puis avec un fil très fin.

C'est une sorte de ligature latérale du canal thoracique. Cette ligature amène un rétrécissement de son calibre. Il se gonfle, prend son aspect bosselé caractéristique, il a 4 millimètres environ de diamètre et, près de son embouchure, il reçoit un affluent également bosselé dont le diamètre est de 2 millimètres environ. Il est transparent et rempli d'un liquide légèrement citrin. La ligature est parfaitement étanche, et la lymphe ne s'écoule plus dans la plaie.

Je résèque alors les deux tiers internes de la clavicule que je

sépare d'avec le sternum. J'enlève à la pince-gouge l'extrémité interne de la 1re et de la 2e côtes et la moitié gauche de la poignée sternale. Au moment de la résection de la 2e articulation costo-sternale, la plèvre est ouverte. Mais il entre fort peu d'air et la malade ne présente aucun phénomène particulier. Par cette petite effraction pleurale, je peux passer le doigt et explorer le poumon : il est dur, ligneux, il est évident que le néoplasme siège dans le sommet même du poumon, et dans ces conditions j'arrête mon intervention et je suture la plaie en y laissant un drain.

Les jours suivants, la température s'est maintenue entre 37 et 38 degrés. Le quatrième jour, en faisant le pansement, on voit que la région est gonflée, rougeâtre, depuis le milieu du cou jusqu'au tiers supérieur de la poitrine. Le drain ne fonctionne pas. On fait sauter les points de suture. Il s'écoule un liquide séreux légèrement teinté de sang. C'est évidemment de la lymphe.

Pansement humide.

Le lendemain, la région est dégonflée.

Le drain fonctionne bien.

Les jours suivants, petite fistule lymphatique. On supprime le drain et on comprime la région. Au bout de dix jours il ne s'éeoule presque plus rien.

Le quinzième jour, la plaie est cicatrisée.

Au bout d'un mois, le malade quitte l'hôpital.

Telle est l'observation que j'ai cru devoir vous communiquer.

Elle démontre que si les blessures du canal thoracique sont très rares, elles ne semblent pas bien redoutables. Il est vrai qu'ici il ne s'agissait pas d'une section complète, mais seulement d'une blessure latérale qui a pu être oblitérée, tout en laissant perméable, j'en ai la conviction, une partie de la lumière du canal thoracique. En tout cas, cette observation vient s'ajouter à celles qui témoignent en faveur du peu de gravité des blessures du canal thoracique.

M. Terrier. — Depuis longtemps, nous connaissons expérimentalement les plaies et les fistules du canal thoracique. J'ai fait à Alfort, avec M. Colin, une série de ces expériences sur des taureaux, qui consistaient à fistuler le canal thoracique en mettant une canule à demeure dans sa cavité. La quantité de lymphe excrétée par ce canal est considérable, elle dépasse plusieurs litres par jour, et cette abondance permit à M. Wurtz de faire des analyses de ce liquide. Mais le fait que je désire signaler, c'est la tendance à la guérison spontanée de ces fistules; et il semble

bien que, chez l'homme, il en soit de même. M. Nimier me signalait à l'instant un travail allemand qui tend aux mêmes conclusions d'où l'inutilité de la ligature, la compression suffisant.

M. Ricard. — Je veux rappeler à M. Faure que j'ai présenté ici une observation de blessure du canal thoracique au cours de l'extirpation d'une tumeur du corps thyroïde. Cette blessure fut suivie d'un écoulement très abondant de lymphe, écoulement qui guérit spontanément à la suite d'une simple compresse pour le pansement.

M. J.-L. Faure. — Je n'ai pas eu l'intention de faire ici un travail d'ensemble. Je connaissais les expériences de M. Terrier, que j'ai étudiées au temps déjà lointain où je préparais le prosectorat. Je sais aussi qu'il vient d'être publié en Allemagne un certain nombre d'observations, vingt et une, je crois, et M. Veau a fait un travail sur le même sujet. J'ai voulu seulement apporter un fait auquel la rareté des observations me paraît donner quelque intérêt.

Je ne suis pas étonné que la circulation lymphatique se rétablisse, même après section totale du canal thoracique, étant donnée la richesse des anastomoses des réseaux lymphatiques. Mais, bien que la compression puisse suffire, il m'a paru plus simple, comme on le fait sur une veine, de poser une ligature qui m'a mis, pendant le reste de l'opération, à l'abri d'un écoulement gênant.

Présentations de malade.

Inclusion de deux masses de paraffine dans les bourses, dans un cas de cryptorchidie double.

M. A. Guinard. — M. D., âgé de 27 ans, que je vous présente, est venu me trouver pour une hernie inguinale congénitale droite avec ectopie testiculaire. Ce malade fort et vigoureux a été opéré en province pour cette hernie qui s'est reproduite. Le chirurgien a essayé de faire descendre dans les bourses le testicule droit qui se sentait paraît-il dans l'anneau inguinal. Ce testicule a disparu à la suite de l'opération. Ce malade me suplia de profiter de l'anesthésie qu'il subirait pour la cure radicale de sa hernie, pour lui inclure dans les bourses des testicules artificiels. Ce jeune homme est un chasseur d'ivoire, et dans ses courses à l'éléphant, nous dit-il, il est très souvent obligé de se dévêtir pour traverser des rivières à la nage. Il est obsédé de l'idée que ses camarades

font des plaisanteries incessantes au sujet de ses bourses absolument vides. Après quelques hésitations, je me décidai à lui inclure dans les bourses deux masses de paraffine. Après avoir opéré la hernie, je fis, sur le côté droit des bourses, une incision qui me permit de sectionner la cloison et de creuser à gauche une loge où j'introduisis une masse de paraffine. Après avoir fermé la cloison au catgut, je creusai une loge à droite et je plaçai là une deuxième boule de paraffine. Suture de la peau sans drainage. Comme on le voit, il ne s'agit pas ici d'une injection de paraffine liquide et par conséquent il n'y avait pas à se préoccuper des dangers d'embolies des injections de paraffine. J'ai usé d'une paraffine à point de fusion élevée (62 degrès) et le malade est très satisfait.

Ce n'est pas comme le disait Verneuil, un testicule moral, puisque le malade sait de quoi il s'agit et n'a pas besoin d'être suggestionné pour que les fonctions génitales s'accomplissent normalement. On pourrait dire que ce sont des testicules trompe-l'œil.

M. Berger. — Je sais qu'autrefois M. Tuffier avait placé un certain nombre de testicules artificiels après des castrations. Je voudrais lui demander les résultats après longue échéance.

M. Tuffier. — Parmi ces malades, il en est dont je ne peux pas vous donner de nouvelles parce que je ne les ai jamais revus. S'ils n'ont pas été satisfaits de leur testicules, il est probable que mes collègues les auront opérérés. De ceux que j'ai pu revoir, les uns n'ont présenté aucun accident et le plus grand nombre ont eu soit des douleurs, soit de petites fistules qui m'ont obligé à pratiquer l'extirpation du corps étranger.

M. Pierre Sebileau. — Je n'ai pas personnellement pratiqué de prothèse testiculaire; j'en ai lu plusieurs observations au moment où j'ai eu à écrire l'article des maladies des organes génitaux de l'homme dans le dernier « traité de chirurgie ». Que sont devenus ultérieurement les corps étrangers inclus dans le scrotum, dont parlaient ces observations? Je ne sais; beaucoup, je crois, ont été éliminés.

Je reconnais que la prothèse testiculaire a quelque chose de tentant pour l'œil; il est donc très raisonnable de la pratiquer, mais je demanderai à notre collègue pourquoi il a employé la paraffine. Celle-ci a, je crois, dans le cas particulier, un gros inconvénient.

M. Guinard a fait, à son malade, deux testicules ovoïdes; mais, à l'heure actuelle, ces organes fantômes ont perdu leur forme; ils

se sont aplatis, étalés, si bien qu'on dirait que M. Guinard a précisément employé le procédé de restauration auquel il se défendait tout à l'heure d'avoir pensé : celui de l'injection de paraffine fusible.

On dirait que la masse prothétique a pénétré, non pas dans la vaginale, mais dans le tissu cellulaire des bourses et s'y est étalé.

On ne peut pas dire que ce soit là une belle restauration ; ces faux testicules supportent, à la rigueur, le regard, mais sont incapables de résister à la pression. Et c'est, pour le testicule fictif, un sérieux inconvénient.

M. Reclus. — J'ai vu précisément un de ces malades auxquels M. Tuffier faisait allusion : en l'absence du chirurgien habituel, on m'avait appelé et je trouvais le patient qui présentait une grosse tuméfaction au scrotum autour du corps étranger, en aluminium si je ne me trompe.

M. Reynier. — J'ai vu pendant, sept ou huit ans, un malade que j'ai opéré il y a douze ans et auquel j'avais placé une olive œsophagienne dans le scrotum; il ne présentait aucune complication.

M. Berger. — Le gros obstacle dans les cas de cryptorchidie, c'est l'absence de scrotum qui ne permet pas au testicule de rester au fond des bourses. Chez un enfant qui présentait une double hernie inguinale, au contraire, j'ai fait cette double fixation du testicule et le résultat parfait s'est maintenu et même graduellement amélioré jusqu'à l'âge de vingt ans, où j'ai eu le regret de voir succomber ce jeune homme.

M. Guinard. — Je suis de l'avis de M. Berger, et le gros écueil est l'absence des bourses. C'est pour cela qu'ici la paraffine est maintenue collée au pubis et s'aplatit par la pression des cuisses.

Je répondrai à M. Sebileau que c'est à dessein que je n'ai pas employé des corps étrangers solides. J'ai vu Verneuil inclure de l'aluminium et des testicules en celluloïd. Il a fallu, comme pour les malades de M. Tuffier, les enlever ultérieurement.

Pour la paraffine, on peut espérer qu'il se passera là, ce qui se passe au niveau du nez, quand le tissu conjonctif périphérique pénètre dans la paraffine et la fixe. La masse sera, je l'espère, immobilisée par les travées fibreuses pénétrantes et fera corps avec les tissus voisins.

Résection orthopédique ostéoplastique du coude avec interposition musculaire, pour remédier à une ankylose fibreuse due à une arthrite plastique et compliquée d'une paralysie du nerf cubital.

M. Berger. — Dans la dernière séance, M. Ricard vous présentait une opérée sur laquelle il avait pratiqué la résection sous-périostée du coude, pour remédier à une fusion osseuse de cette articulation due à une arthrite blennorragique. Je vous amène une malade sur laquelle j'ai eu recours pour une lésion analogue à la même opération : vous pouvez juger de la perfection du résultat; les mouvements d'extension et de flexion ont leur étendue normale; il s'en faut encore qu'ils aient la force qu'ils auront plus tard, car l'opération ne date que de trois mois et demi; le triceps n'a pas encore repris son action, et l'extension de l'avant-bras sur le bras est encore presque exclusivement passive; il persiste encore un degré assez limité de mobilité latérale du coude; je suis certain qu'avec du massage, de l'électrisation des muscles et surtout du triceps, l'exercice des mouvements actifs et passifs, l'amélioration des fonctions fera de très notables progrès.

Le résultat fonctionnel qu'a donné l'opération est d'autant plus remarquable, que la malade était atteinte d'une paralysie presque complète du nerf cubital, due à ce que ce nerf était en quelque sorte étouffé, au niveau du coude, par les organisations fibreuses dont il était entouré; aussi l'opération eut-elle autant pour but de dégager ce nerf que de rendre le mouvement au coude. La libération du nerf, si délicate dans les résections orthopédiques du coude, fut ici tout particulièrement difficile et même dangereuse; le nerf était ramolli et gras, complètement dégénéré, et ce ne fut qu'avec les plus grandes difficultés que je parvins à le sculpter au milieu des tissus plus durs et plus denses que lui au milieu desquels il se trouvait pris. Aujourd'hui, la déformation en griffe cubitale a disparu, et les doigts ont repris déjà une bonne partie de leurs mouvements.

Pour pratiquer la résection, j'ai commencé par isoler l'humérus des os de l'avant-bras, ce qui fut possible, l'ankylose qui remontait à plusieurs années (et pour laquelle on avait proposé l'amputation à la malade) étant une ankylose fibreuse très serrée. Je réséquai ensuite des extrémités osseuses une longueur de 3 centimètres pour l'humérus, de 2 pour le cubitus : à ce niveau, je taillai au ciseau une lamelle postérieure figurant un crochet analogue à l'olécrane, et que l'on reconnaît très aisément en arrière de l'humérus. J'enlevai le périoste dans la même étendue que les os;

je ménageai néanmoins les insertions du tendon du triceps au périoste de l'olécrane que je conservai. Enfin pour assurer la mobilité de la néarthrose et pour éviter le retour de l'ankylose, je ramenai, au-dessous de l'extrémité inférieure de l'humérus dont j'avais arrondi avec soin la section, une lame musculaire empruntée à l'anconé, et je la fixai, par quelques points de suture, au brachial antérieur. J'attribue à cette interposition musculaire une bonne partie du résultat fonctionnel que j'ai obtenu.

Dès le quinzième jour, je commençai à mobiliser la néarthrose : les mouvements de pronation et de supination furent surtout l'objet d'une surveillance attentive.

L'opération en question a donc été une résection large, comprenant le périoste, mais une résection modelante, reproduisant la forme approximative du crochet olécranien et de la trochlée humérale. L'interposition de l'anconé entre les surfaces de section osseuse distingue surtout le procédé que j'ai suivi de la technique ordinaire de l'opération.

Présentation d'instrument.

Corset orthopédique à fenêtre postérieure.

M. Michaux. — M. Calot a cherché dans le corset qu'il m'a chargé de présenter à la Société de chirurgie le moyen de faire, dans un appareil amovible en celluloïd qui est porté quelquefois pendant des années après le plâtre, une compression ouatée énergique au niveau de la gibbosité pottique, et cependant assez douce, et, en plus, le moyen pratique permettant aux parents de faire et de renouveler eux-mêmes cette compression, — chose indispensable pour les malades qui s'en vont au loin, et ne pourront revoir avant six mois ou un an le médecin traitant.

Le volet que vous voyez, situé au niveau même de la gibbosité, remplace la fenêtre laissée constamment ouverte dans les autres corsets orthopédiques. On interpose entre lui et la gibbosité cinq, six, huit carrés d'ouate de 1 centimètre d'épaisseur, on le referme et on laisse en place jusqu'à nouvel examen.

Cette compression, très efficace, ne blesse jamais, agit avec énergie grâce à la bande médiane antérieure qui empêche le sternum de se dérober en avant.

Les fenêtres latérales permettent le jeu de la respiration et

n'occasionnent pas les déformations costales ou thoraciques que l'on observe souvent dans les corsets à ouverture médiane antérieure.

Présentations de pièce.

De la rupture spontanée dans les kystes de l'ovaire.

M. Potherat. — Je vous présente un très volumineux kyste de l'ovaire que j'ai enlevé il y a deux jours à une malade de mon service, malade âgée de quarante-huit ans, et d'un parfait état de santé, par ailleurs. — C'était un kyste paraovarique du ligament large du côté droit. — Si je vous ai apporté cette pièce c'est pour vous montrer une rupture spontanée, rupture linéaire, longue de 18 centimètres environ, et qui s'est produite *spontanément* chez ma malade quelques jours avant l'opération et avait amené l'évacuation totale du contenu de ce kyste dans l'abdomen. Cette rupture linéaire siège au centre d'une zone située à la partie antéro-supérieure du kyste, zone très-distincte, car elle se différencie par une coloration plus pâle, et des vaisseaux décolorés par ischémie, alors que les vaisseaux qui avoisinent cette zone sont manifestement dessinés et noirâtres, comme à l'ordinaire. Ultérieurement je reviendrai sur le cas de cette malade.

Corps étranger (aiguille) de l'urètre.

M. F. Legueu. — Je vous présente une aiguille enfilée, qu'un jeune homme de seize ans s'est introduite dans l'urètre. C'est une aiguille de relieur, longue de 8 centimètres. Elle était restée dans l'urètre antérieur : la grosse extrémité en arrière, la pointe en avant, à quelques centimètres du méat. Heureusement, les deux chefs du fil pendaient encore hors du méat. Je n'eus qu'à les saisir pour forcer la pointe à traverser la paroi inférieure de l'urètre : l'aiguille se retourna ensuite et revint directement au méat.

Taille sous-symphysaire pour corps étranger de la vessie.

M. F. Legueu. — Je vous présente ensuite un corps étranger de la vessie : c'est une canule d'irrigateur ou d'injecteur, d'une longueur de 10 centimètres, que j'ai extraite de la vessie d'une

femme de trente ans. Le corps étranger n'était que depuis huit jours en place; il était déjà incrusté et assez fortement enclavé dans la paroi vésicale. Il était oblique dans la vessie, une de ses extrémités s'arc-boutait en bas, à droite du col l'autre était en haut et à gauche, soulevant la paroi vésicale. Pour enlever ce corps étranger, j'ai eu recours à mon procédé de taille sous-symphysaire. J'ai décollé l'urètre de la symphyse, abordé la vessie et, introduisant le doigt dans la vessie à travers le col, j'ai saisi sur ce doigt avec une pince une extrémité du corps étranger.

Ce procédé donne un accès tout aussi direct que la taille sus-pubienne; il a cet avantage de ne laisser aucune trace, et j'y ai eu souvent recours pour les corps étrangers en particulier.

M. Bazy. — Il y a un moyen qui me paraît plus proportionné à l'importance des corps étrangers, c'est celui de la faire par les voies naturelles. C'est très simple; on peut avec un doigt dans le vagin tourner et retourner le corps étranger de façon à pouvoir le saisir par une extrémité avec un lithotriteur qu'on a préalablement introduit et qui a saisi déjà le corps étranger que le doigt fait cheminer entre ses mors. Cela se fait très simplement.

A propos de cette variété de corps étrangers de la vessie, je crois avoir trouvé la cause de leur introduction. J'ai actuellement dans mon service une femme qui, ayant beaucoup d'enfants et étant devenue enceinte, a cru devoir interrompre sa grossesse. Elle est allée trouver une sage-femme qui lui a conseillé de faire une injection dans son petit trou (*sic*); le premier petit trou qu'elle a trouvé est l'orifice de l'urètre, et elle s'est fait une injection d'eau vinaigrée dans la vessie. Le résultat a été une cystite épouvantable qui d'abord traitée par les lavages à l'eau boriquée s'est améliorée, mais comme elle continuait, elle est venue me trouver et alors en la sondant j'ai senti des frottements: j'ai examiné la malade au cystoscope et j'ai trouvé une incrustation calcaire des parois vésicales.

M. Hartmann. — Comme M. Bazy, je trouve que M. Legueu a fait une bien grosse opération pour remédier a l'accident de sa malade. Quand on n'arrive pas à redresser, par des manœuvres externes, le corps étranger, il est très simple de dilater l'urètre et d'extraire directement le corps étranger. Faire une taille sous-symphysienne c'est faire une bien grosse opération. J'ajouterai que de même que notre collègue Bazy j'ai eu l'occasion d'observer une femme qui fut prise d'hématurie considérable à la suite d'une injection de vinaigre faite à travers l'urètre dans le but de déterminer un avortement.

M. Legueu. — Si j'ai fait ici la taille, c'est qu'il était impossible d'agir autrement. Le corps étranger était si solidement implanté dans la paroi vésicovaginale par une de ses extrémités que les tentatives d'extraction échouèrent complètement. J'ai donc été obligé de faire une opération que je n'aurais certainement pas faite s'il avait été possible d'agir autrement.

Etant donc obligé de faire la taille, j'ai préféré la faire par le procédé auquel j'ai fait allusion. La dilatation de l'urètre, en effet, me paraît une mauvaise pratique qui gêne les manœuvres et laisse ultérieurement de l'incontinence. La taille sous-symphysaire est, au contraire, simple, expéditive, et il n'en est résulté aucun inconvénient.

M. Routier. — Je voudrais seulement demander à M. Legueu pourquoi il n'a pas fait la taille vésico-vaginale, qui est d'une si grande simplicité, et qui a le grand avantage de guérir spontanément.

Résection iléo-cæcale. — Anastomose iléo-rectale. — Guérison.

M. A. Guinard. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie une pièce qui provient de mon service de la maison Dubois. Il s'agit d'un cancer du cæcum et l'observation du malade mérite de paraître en détail dans nos bulletins.

M. N..., âgé de cinquante-quatre ans, m'est envoyé par un médecin de mes amis avec le diagnostic d'appendicite, au commencement d'octobre 1903.

Ce malade, qui paraît fort et vigoureux, nous raconte qu'il a été pris *brusquement*, il y a trois mois, d'une douleur très vive dans la fosse iliaque droite. Les vomissements apparurent aussitôt, et, les accidents s'aggravant, le diagnostic d'appendicite fut porté, et on fut sur le point, en province, d'opérer cette « appendicite ». Le malade fut même anesthésié, mais, après examen sous le chloroforme, l'opération fut remise. Peu à peu, les accidents s'amendèrent avec le traitement médical (glace, etc.), et depuis cette époque, il n'y eut plus de crises analogues.

Cependant, les douleurs restèrent vagues dans la fosse iliaque; le malade maigrit un peu, et l'appétit diminua notablement. De plus, il y eut de la diarrhée constamment, et depuis deux mois, on constate la présence de sang dans les selles. Actuellement encore, les selles sont noirâtres.

Rien dans les antécédents héréditaires et personnels.

A l'inspection, nous trouvons que la peau de la paroi abdomi-

nale, au niveau de la région cæcale, est sillonnée de veines anormalement développées. Le palper n'amène pas la moindre défense musculaire. On n'en trouve que plus facilement une tumeur profonde du volume du poing à grand axe vertical. Cette tumeur est dure et bosselée, à peine douloureuse à la pression. Nous diagnostiquons un cancer du cæcum, bien qu'il n'y eût aucun ganglion à distance, ni dans les creux sus-claviculaires, ni dans les aines. Cette diarrhée constante, ce mæléna, cet amaigrissement, cette indolence de la tumeur nous paraissaient suffisants pour affirmer ce diagnostic. Un seul fait nous paraissait difficile à expliquer, c'est ce début brusque par une crise ressemblant, à s'y méprendre, à une crise d'appendicite.

Le 24 octobre, je fis une longue incision sur le bord externe du muscle droit droit. J'arrivai sur une tumeur bien évidemment néoplasique occupant le cæcum, mais au moment de faire la résection je trouvai à la partie inférieure de la tumeur un abcès résidual enkysté, au fond duquel s'ouvrait l'appendice épaissi, mais non envahi par le néoplasme. Cet abcès contenait une cuillerée à bouche environ de pus épais, presque solide. Après avoir curetté cette poche et libéré les adhérences, je fis une résection très large du cæcum. Section du côlon ascendant à deux travers de doigt au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Ligature en masse du bout supérieur, et invagination du moignon thermocautérisé sous un surjet au fil de lin. Même opération à 10 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale, sur l'iléon. Puis, voyant que j'aurais de la peine à remonter l'iléon jusqu'au côlon ascendant, je fis une anastomose latérale de l'iléon avec le rectum à son union avec l'S iliaque. Le malade a très bien supporté l'opération, et la guérison opératoire est assurée.

J'appelle l'attention sur cette crise d'appendicite aiguë avec abcès péri-appendiculaire, survenant chez un malade qui portait, sans s'en douter, un cancer du cæcum. La pathogénie de cette appendicite s'explique très bien, quand on pense que cette sanie putride, élaborée au niveau de l'ulcération épithéliale du cæcum, pénétrait incessamment dans la cavité de l'appendice. Je fais remarquer, en outre, que l'incision latérale m'a permis de faire très commodément la résection iléo-cæcale, et que je n'ai été gêné en rien pour pratiquer l'anastomose iléo-rectale.

M. Tuffier. — Voici un fait qui démontre également qu'une tumeur du cæcum peut simuler une appendicite.

Dans ce cas, le néoplasme s'est manifesté au début par un abcès de la fosse iliaque, abcès semblable à ceux que nous rencontrons dans les lésions appendiculaires.

Abcès péri-appendiculaire. Drainage. Fistule. Apparition d'une tumeur carcinomateuse. Résection iléo-cæcale avec anastomose latérale. Guérison (1).

P..., cinquante ans, entre à l'hôpital le 13 mars 1903 et en sort le 28 avril 1903.

Le malade est admis pour des douleurs siégeant dans la fosse iliaque droite. Depuis cinq ou six semaines, il ressent de la pesanteur dans la partie droite de l'abdomen. Au moment où il ressentit les premières douleurs, il eut quelques vomissements survenant immédiatement après les repas. Cette pesanteur survient surtout à la suite de fatigue. Au début, le malade pensait qu'il s'était donné un effort. Il continue à travailler jusqu'à il y a une dizaine de jours. Voyant alors que les douleurs continuaient à se faire sentir et augmentaient comme intensité, il cesse de travailler. Il constate alors la présence d'une masse dure dans la partie droite de l'abdomen. Cette tumeur, peu volumineuse d'abord, a augmenté progressivement.

On sent à la palpation une grosse masse, s'étendant en hauteur depuis les fausses côtes jusqu'au milieu de l'arcade crurale. En largeur, elle va de l'épine iliaque antéro-supérieure à 3 centimètres de la ligne médiane. En bas, elle semble faire corps avec l'arcade crurale.

La peau est mobile sur la tumeur, mais elle adhère aux plans aponévrotiques et musculaires. De plus, elle est immobile et fait corps avec les parois profondes. Elle est lisse, dure, peu douloureuse, mate à la percussion, et donne une sensation d'empâtement. Actuellement, les fonctions digestives du malade sont normales, mais, dans les premiers temps, il ne mangeait pas. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Étant donné l'âge du malade, et pensant à une suppuration péricæcale, je fais faire l'hématoscopie, et M. Mauté nous répond : l'examen du sang n'est pas absolument positif en faveur d'une suppuration.

Opération, le 19 mars 1903. — Incision parallèle à l'arcade crurale. Les muscles sont légèrement infiltrés, partout adhérents à la tumeur. On ouvre un premier foyer d'où s'écoule un pus très épais, visqueux, et donnant dans une cavité irrégulière et anfractueuse occupant toute la fosse iliaque. On remplit cette cavité par une mèche. On ne fait aucune suture de la paroi. Drainage, diminution progressive du foyer.

Sort de l'hôpital le 28 avril, avec une étroite fistule purulente, mais il marche très bien et ne ressent aucune douleur.

Le malade revient dans le service le 8 octobre 1903, ayant une tumeur. A travers l'orifice fistuleux sort un gros champignon, d'odeur fétide, du volume d'un œuf, ayant déjà envahi la peau et présentant tous les caractères d'un épithélioma. On sent à la palpation une tumeur grosse comme une orange, qui adhère à la paroi de la fosse iliaque et aux plans superficiels au niveau de l'ancienne cicatrice; elle est dure, noueuse, irrégulière.

(1) Observation prise par M. Roussel, externe du service.

Petits ganglions inguinaux mobiles. Les selles sont régulières, pas de constipation, pas de coliques.

L'hématologie répond au type habituel des tumeurs malignes.

Opération, le 15 octobre 1903. — Je pratique une cautérisation superficielle et profonde au fer rouge de toute l'ulcération pour éviter tout contact septique, puis je fais deux incisions elliptiques circonscrivant de chaque côté la région adhérente et ulcérée. Aussitôt l'incision faite, avec des pinces à abaisser, je saisis la peau à ce niveau que je rabats sur l'ulcération pour éviter toute issue de matière septique, puis je sectionne les parois abdominales au-dessus et au-dessous, et au delà de l'infiltration de la tumeur jusqu'au péritoine.

La tumeur isolée, je vois qu'elle va profondément en suivant la chaîne des ganglions lymphatiques, et adhérente à l'artère et à la veine iliaques; il y a une série de ganglions du volume de la dernière phalange d'un doigt. L'isolement des parties profondes de l'intestin et du péritoine à ce niveau est pénible, et il faut sculpter sur 5 centimètres l'artère et la veine iliaques externes. Je constate qu'il s'agit d'une tumeur du cæcum remontant jusqu'à la valvule iléo-cæcale, et qu'il y a infiltration de la dernière anse de l'iléon par greffe directe.

Je me décide à faire une résection iléo-cæcale (15 centimètres d'intestin) et à enlever toute la longueur du cæcum jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'embouchure iléo-cæcale.

Pour cela, je fais d'abord la ligature du mésentère et de tous les vaisseaux afférents à la région malade, puis l'écrasement de l'iléon et la fermeture du bout distal. Puis, je pratique la libération du cæcum en arrière et sa section au-dessus de l'angle iléo-cæcal, avec tentative inutile d'écrasement de ce segment de l'intestin. Je pratique l'occlusion du côlon par deux plans de sutures. Toutes les ligatures sont faites en bourses, au catgut, en double plan.

Je fais l'anastomose latérale iléo-colique à environ 2 centimètres au-dessus des deux bouts aveuglés. Suture du péritoine difficile, car il a été nécessaire de pratiquer la résection d'une grande quantité de péritoine infiltré. Drainage sous-péritonéal.

Tout le cæcum est envahi par un énorme néoplasme fongueux, qui a dépassé les limites de la séreuse et s'est greffé sur l'intestin grêle.

Les suites opératoires sont très simples; au troisième jour, le cours des matières intestinales se rétablit, et il ne reste pendant quelque temps que la plaie sous-péritonéale drainée dont la cicatrisation est lente.

Le Secrétaire annuel,
TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1903

Présidence de M. Kirmisson.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1°. — Les journaux et publications périodiques des deux dernières semaines.

2°. — Une lettre de M. Souligoux qui demande à être inscrit sur la liste des candidats à une place de membre titulaire;

3°. — Une lettre de M. Girard, médecin de marine, qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant;

4°. — Un travail de M. Baillet (d'Orléans), intitulé : *Rétention biliaire par calcul. Cholédocotomie, persistance des accidents. Hépaticolithotripsie. Guérison.* Le travail de M. Baillet est renvoyé à une commission dont M. Michaux est nommé rapporteur;

5°. — Un travail de M. Maggiar (de Smyrne), intitulé : *Gastrotomie pour extraction d'une épingle de l'estomac.* Le travail de M. Maggiar est renvoyé à une commission dont M. Sebileau est nommé rapporteur;

6°. — Un travail pour le prix Laborie, avec la légende suivante : « *Non audet, nisi qui didicit dare; quod medicorum est promittunt medici...* » (Horace, liv. II, ép. I.)

A l'occasion du procès-verbal.

M. Sieur, membre correspondant, adresse la rectification suivante à propos de la communication de M. Tuffier sur l'*extraction d'un projectile du cœur* :

« Je désire rectifier une erreur involontaire commise par M. Tuffier dans son observation de projectile du cœur. Le sous-officier, objet de cette observation, *n'a jamais été en traitement à l'hôpital du Dey et n'y a même été l'objet d'aucun examen clinique ni radiographique*.

« Je me borne à ajouter que c'est grâce à cette circonstance que M. Tuffier a pu le rencontrer à l'hôpital civil de Mustapha et, ultérieurement, le faire diriger sur son service à Paris. »

M. Poirier, retenu par son cours, adresse la réponse suivante à propos de la communication de M. Reynier, sur l'*anatomie et la physiologie du péricarde* :

« A l'appui des assertions inexactes de M. le professeur Terrier sur la rigidité du péricarde dit fibreux, notre collègue Reynier est venu, à la dernière séance de la Société, apporter tout le poids de son autorité en anatomie, autorité fortifiée par le contrôle récent sur un cadavre; les idées que j'avais émises sur la flaccidité et la mobilité du péricarde n'ont point obtenu l'agrément de Reynier, qui les critique de son mieux.

« Ayant étudié le péricarde sur un grand nombre de cadavres et sur des sujets congelés (procédé que je me permets de recommander à Reynier), ayant d'ailleurs eu l'occasion, comme la plupart des chirurgiens, de vérifier sur le vivant les qualités physiques de la séreuse cardiaque, j'ai pu rectifier dans mon cours de l'an dernier, à la Faculté, les assertions hasardées des classiques sur l'anatomie et la physiologie du péricarde. J'ai résumé cet enseignement à l'avant-dernière séance de la Société de chirurgie, à propos de la communication de Tuffier, dans les termes suivants : « Le sac péricardique, feuillet fibro-séreux, résistant sans doute, mais *mou* et *malléable*, n'a point de forme propre; il s'applique étroitement sur toute la surface du cœur, agrandissant sa cavité virtuelle quand celui-ci se dilate, la diminuant pendant la contraction; pour satisfaire à ces changements de forme et de

dimensions, il existe sur tout le pourtour de la face diaphragmatique du péricarde un sinus, dont nos classiques ne parlent guère, sinus au niveau duquel les deux feuillets du péricarde s'appliquent à eux-mêmes; ce sinus, c'est la réserve du péricarde pour les mouvements du cœur, comme le sinus costo-diaphragmatique est la réserve de la plèvre pour les ampliations du poumon. Le péricarde, sac fibreux, de forme invariable (coquille ainsi que le prouve toute la communication), le péricarde, tendon creux du diaphragme, a vécu; il est, je le répète encore, mou et malléable quoique résistant, et il est fort heureux qu'il en soit ainsi pour les mouvements de l'organe qu'il contient. »

« Et après avoir lu les critiques de Reynier, je maintiens, intégralement.

« Il m'est agréable de lire (*Bulletin* du 10 novembre) que mes collègues Reclus, Sebileau, Potherat, Walther, anciens prosecteurs, bons anatomistes, ont eu l'occasion de vérifier sur le vivant l'exactitude de mes assertions.

« Donc je n'insiste pas.

« Par contre, où mon collègue Reynier nage dans la vérité, c'est quand il blâme ma comparaison du péricarde au scrotum. Reynier, vous avez raison; je dirai plus, la comparaison est triviale et mauvaise; *mea culpa*.

« Ceci reconnu, cher collègue, permettez-moi de ne point poursuivre la discussion; nous ne saurions nous entendre, ayant des vues et des conceptions fort différentes en anatomie.

« Vous qualifiez de *puissants* les ligaments de la face antérieure du péricarde, que le moindre coup de doigt ou de manche de scalpel détache; si bien qu'il a fallu attendre, chez nous du moins, jusqu'aux dissections habiles de Lannelongue et de Le Dentu, pour en constater l'existence, du reste inconstante.

« Bien mieux, vous avez des séreuses une conception tout à fait personnelle et fort originale :

En effet, vous imprimez : « Mais cela ne veut pas dire que ces « deux feuillets (du péricarde) ne cessent à aucun moment et sur « toute leur étendue de s'appliquer exactement l'un sur l'autre, « ce qui, étant donnée la tension de la face antérieure du péri- « carde, me paraît bien peu probable tout au moins en avant, et « ce qui aurait besoin d'être démontré autrement que par de « simples assertions (*Bull.* du 10 nov. 1903, p. 982). »

« Je ne commettrai pas l'indiscrétion de vous demander ce que vous mettez entre les deux feuillets ainsi écartés; vous comprendrez, je l'espère, que nous ne pouvons nous entendre en anatomie. »

Décès de M. Félix Brun.

M. le Président. — Messieurs, vous me voyez profondément affecté d'avoir encore à vous annoncer officiellement un nouveau deuil. La mort frappe à coups redoublés parmi nous, choisissant ses victimes parmi les meilleurs, et parmi les plus jeunes. Après Bouilly, après Gérard Marchant, c'est Brun qui disparaît aujourd'hui.

Placé à la tête d'un service d'enfants, il nous avait communiqué les résultats de son expérience sur divers sujets intéressant au plus haut point la chirurgie infantile, et notamment sur l'appendicite et sur la luxation congénitale de la hanche. Ses communications se faisaient remarquer par l'élégance de la forme, jointe à la solidité du jugement. Les brillantes qualités de son esprit, aussi bien que l'aménité de son caractère, l'avaient désigné au choix de ses collègues pour les représenter au conseil de surveillance de l'Assistance publique. Il avait su conquérir partout des amitiés nombreuses et solides; sa perte prématurée sera vivement ressentie parmi nous.

Messieurs, la séance est levée en signe de deuil.

Le Secrétaire annuel,

Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1903

Présidence de M. Kirmisson.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

M. Tillaux dépose sur le bureau la onzième édition de son *Traité d'Anatomie topographique ; avec applications à la chirurgie.*

M. le Président remercie le professeur Tillaux, au nom de la Société.

M. Hartmann dépose sur le bureau un exemplaire des *Commentaires de la Faculté de médecine de Paris, au siècle dernier.* Cette publication, faite sous les auspices du conseil de l'Université par un comité composé de MM. Pinard, membre du conseil de l'Université, Varnier, agrégé d'obstétrique, Hartmann, agrégé de chirurgie, Widal, agrégé de médecine, et Steinheil, membre fondateur de la Société des amis de l'Université, est due presque entièrement au travail de notre regretté ami Varnier. Elle a été terminée après sa mort par M. Steinheil, qui a spécialement rédigé les notes constituant le deuxième volume.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur la mobilité du péricarde.

M. Paul Reynier. — Messieurs, je ne voudrais pas prolonger cette discussion sur le péricarde, discussion qui sort des sujets habituellement traités dans notre Société.

Cependant je ne peux laisser passer sans protester la réponse écrite que m'a faite M. Poirier, réponse qui sort, elle aussi, un peu du ton qu'on emploie généralement dans nos discussions.

L'ironie n'est toutefois pas un argument, et si M. Poirier maintient toujours sa formule du péricarde mou malléable et flexible, suivant exactement les mouvements du cœur, je maintiens de plus en plus ma manière de voir.

Le péricarde détaché de toutes ses adhérences, le cœur enlevé, tenu dans la main, peut, jusqu'à un certain point, être flexible et malléable; mais quand il est en place, fixé par en haut et par en bas, sans qu'on dise pour cela qu'il soit très tendu, sa flexibilité cesse d'exister.

Maintenue ainsi par en haut et en bas, sa face antérieure peut à peine se déplacer, et suivre les mouvements du cœur. Toutefois, comme l'ont fait remarquer mes collègues, je reconnais que sur le vivant le péricarde paraît plus souple, plus transparent que sur le cadavre.

J'arrive maintenant à sa mobilité. Si vous mettez à nu comme je l'ai fait, en faisant la respiration artificielle, et en enlevant côtes et sternum, le péricarde d'un chien, vous verrez le cœur se contracter sous le feuillet antérieur du péricarde, *qui ne le suit pas*. A chaque contraction, la pointe du cœur paraît s'éloigner du fond du sac péricardique restant fixé au diaphragme, et dont les parois s'aplatissent l'une contre l'autre, de telle sorte qu'il n'y a pas, en effet, de vide; et au moment de la contraction sur certains points, on voit en avant du cœur comme un froncement du péricarde se produire. Au moment de la dilatation le cœur vient remplir tout le péricarde, et ce n'est pas le péricarde qui va au cœur, mais le cœur qui va au péricarde.

Étant donnée la grande analogie qu'il y a au point de vue anatomique entre le péricarde du chien, toutefois plus mince, et celui de l'homme, il est probable que les choses se passent absolument de même chez celui-ci. Et si on ne l'a pas vu, c'est que dans les opérations sur le cœur, comme il s'agit surtout de plaies, on n'a guère le loisir d'observer aussi tranquillement, aussi longuement et aussi commodément que j'ai pu le faire sur le chien, le cœur étant largement découvert.

D'ailleurs, d'après la description même de M. Poirier, on peut penser que les choses se passent ainsi même sur l'homme vivant. Ne nous décrit-il pas, en effet, un sinus qui est là évidemment pour remédier au défaut d'élasticité de la séreuse, et permettre au péricarde d'offrir au cœur se distendant une cavité suffisante? Le cœur se contractant, le sinus se reforme parce que le péricarde est trop large, peu rétractile, et ne suit pas les mouvements du cœur.

Avec l'aide de mon ami le Dr Burthe, dans le laboratoire de M. le professeur Dastre, j'ai essayé d'avoir un graphique de cette tendance au vide qui se produit dans le péricarde au moment de la contraction cardiaque, et qui attire les parois du sac péricardique l'une contre l'autre.

Sur un chien, auquel je pratiquais la respiration artificielle, j'ai ouvert la cage thoracique en sectionnant les côtes de chaque côté, et en enlevant sternum et côtes attenantes. J'ai ainsi mis à nu le péricarde, le cœur continuant à battre pendant aussi longtemps que je le désirais.

J'ai saisi le feuillet antérieur avec une pince à disséquer et pendant que je le tenais ainsi je ne le sentais nullement ou fort peu attiré par les mouvements du cœur, et n'ayant en tout cas aucune tendance à les suivre.



Courbe prise au moyen d'une canule mise dans le péricarde et en communication avec un dynamomètre enregistreur.

Le plateau correspond à la dilatation cardiaque, la descente à la contraction.

J'ai alors introduit une petite canule de la grosseur d'un moyen trocart Potain, dans le péricarde par un petit orifice, que j'avais fait et que j'ai fermé sur ma canule au moyen d'une ligature. J'ai alors mis cette canule en communication avec un hémodynamomètre enregistreur.

Or, à chaque contraction, je voyais l'aiguille de mon hémodynamomètre s'abaisser quand le cœur se contractait, remonter quand le cœur se dilatait, et remplissait le péricarde; il se produisait ainsi une sorte d'aspiration de la colonne liquide quand le cœur se contractait, de refoulement quand le cœur se dilatait.

Ces mouvements d'oscillation de l'aiguille s'inscrivaient sur le cylindre enregistreur et m'ont donné le tracé suivant que je vous passe, et qui semble être le tracé renversé du cœur.

Vous voyez, en effet, un plateau qui correspond à la dilatation cardiaque, et la contraction s'inscrit ici non plus par une ligne en hauteur, mais par une descente. Il est évident que si j'ai pu

prendre ce tracé, cela tient à la rigidité relative de la paroi du sac péricardique.

Comme vous le voyez, ce ne sont plus sur des recherches cadavériques, mais sur la constatation de faits observés sur l'animal vivant, que je m'appuie aujourd'hui pour démontrer que le péricarde ne suit pas les mouvements du cœur ; et je crois que ces recherches sont autrement démonstratives que celles que me conseillait M. Poirier sur des cadavres congelés, où j'aurais eu de la peine à me rendre compte de la mobilité du péricarde pendant les contractions du cœur.

M. Lejars. — Je ne voudrais pas prolonger la discussion, mais je tiens à relater un fait, observé chez l'homme, et analogue, d'ailleurs, à ceux qui ont été cités par nos collègues Sebileau et Walther. Il s'agissait d'un blessé, chez lequel j'avais pensé précisément à une plaie du péricarde et du cœur ; or, il n'existait qu'une plaie du poumon, et, comme j'avais pratiqué une large thoracotomie antérieure, j'eus sous les yeux le péricarde sain. Or, je fus étonné de voir toute la masse cardio-péricardique violemment projetée en avant et sur le côté et animée de mouvements très étendus et très brusques auxquels semblaient participer également le cœur et son enveloppe ; tout remuait et se déplaçait en bloc, et vraiment il n'y avait aucune apparence d'un sac tendu : le cœur et le péricarde — en mouvement — paraissaient faire corps.

Je crois donc que la question mérite d'être étudiée et reprise, et par des expériences sur les animaux, et surtout par les observations humaines, que la clinique permet de faire de temps en temps, et la différence semble très grande, ici encore, entre l'état cadavérique et l'état vivant.

M. Tuffier. — Dans la dernière séance M. Sieur nous a écrit à propos de mon malade : « Le sous-officier objet de cette observation n'a jamais été en traitement à l'Hopital du Dey et n'y a même été l'objet d'aucun examen clinique ou radiographique. »

J'ai voulu vérifier à nouveau les renseignements que le malade nous avait dictés à mes élèves et à moi-même dans le service et ce matin même le malade nous a répété ce que j'ai fidèlement écrit page 958, « entré à l'hôpital du Dey d'où il a été dirigé sur l'hôpital de Mustapha »; Je n'ai jamais parlé d'examen quelconque fait à cet hopital. Le fait n'a d'ailleurs aucun intérêt au point de vue de la localisation du projectile!

Quant à *la mobilité du péricarde*, je ne comptais pas revenir sur ce sujet, mais M. Reynier m'y oblige. J'ai pour mon édifica-

tion personnelle, examiné avec mon interne de Clisson ce qui se passe dans le thorax d'un chien.

L'animal étant préparé suivant la technique de Dastre pour l'étude minutieuse des nerfs du cœur, le péricarde est mis à nu, la languette pulmonaire gauche continue à se mouvoir à sa surface. On voit nettement ce que M. Lejars vient de dire : le cœur doublé de son péricarde bondit dans le thorax. A travers le péricarde on voit par transparence la ligne graisseuse interventriculaire; mais les oscillations de cette ligne sont beaucoup moins étendues qu'on ne le croirait, la rapidité des contractions cardiaques rend nécessaire une grande attention pour bien suivre les déplacements réciproques du cœur et de son sac fibreux. Le péricarde fibreux suit les mouvements du cœur — mais en partie seulement — et on voit nettement et dans une petite étendue les vaisseaux interventriculaires se déplacer par rapport à un point fixe du péricarde. Si, au lieu de la région ventriculaire, on regarde la région des oreillettes, on constate que la partie qui se déplace dans la plus grande étendue par rapport au péricarde fibreux est la région des auricules. A chaque contraction ces organes glissent et sur l'oreillette et sur le péricarde fibreux. Il me paraît donc autant qu'une seule exérience permet d'être affirmatif, que c'est surtout la région de la base qui subit les oscillations les plus marquées, et cela pendant les mouvements de torsion de l'organe. Mais il est certain que tous ces déplacements se font dans une étendue peu considérable; c'est, par millimètres qu'il faudrait les exprimer. Le péricarde fibreux suit donc le cœur dans son mouvement d'ampliation générale, mais le muscle cardiaque exécute dans l'intérieur du péricarde des mouvements que le péricarde fibreux ne suit pas. Cette mobilité est peu étendue, elle paraît surtout notable dans la région des auricules.

Discussion.

Traitement des fibromes utérins,

par M. TUFFIER.

La cancérisation possible du moignon de col utérin après l'hystérectomie pour fibrome doit-elle faire préférer l'ablation totale à l'ablation intracervicale de l'utérus? Doit-elle faire rejeter l'énucléation des fibromes telle que je l'ai étudiée dans mon mémoire publié ici en 1900? Tels sont les deux points que j'envisagerai devant vous.

La succession de tumeurs de nature différente *fibrome* et *cancer*

est du domaine de la pathogénie générale, elle relève du chapitre de la pluralité des néoplasmes dans un même organe. Envisagée dans son ensemble, considérée au point de vue purement *anatomo-pathologique*, cette association n'est pas très rare, et les fibromes sont si fréquents dans l'utérus qu'il ne peut en être autrement, on en trouve à tout instant à l'autopsie de femmes mortes d'une lésion quelconque; il n'y a donc rien d'étonnant à ce que sur quelques milliers d'hystérectomies pour fibromes on relève péniblement une dizaine de cancer de l'utérus, et je ne crois pas qu'une femme atteinte de fibrome utérin ait beaucoup plus de chance d'avoir un épithélioma de l'utérus qu'un cancer du sein ou de l'estomac.

Mais si nous restons sur le terrain de la chirurgie, la coexistence du cancer et de *fibromes chirurgicaux*, de fibromes sur lesquels nous avons à intervenir, est *rarissime*; je n'ai rencontré cette association morbide que dans le seul cas que je vous ai rapporté où l'énucléation d'un gros fibrome fut suivie du développement d'un épithélioma endo-cervical. Si j'ajoute à ce fait une observation de dégénérescence *sarcomateuse* d'un myome utérin, j'aurai fait la liste des deux seules coïncidences que j'ai rencontrées dans toute ma pratique.

L'hypertrophie de la muqueuse utérine adénomateuse qu'invoque M. Richelot comme le trait d'union entre les deux états pathologiques ne me paraît pas mériter tant d'honneur. Tout d'abord cette muqueuse est supprimée par l'ablation intra-cervicale de l'utérus; ce qu'il en reste est ce qu'il y a de moins malade, et pour ma part je n'en laisse guère. J'évide le col quand il est volumineux et je détruis ainsi la muqueuse; avant ou après une énucléation de fibrome je curette soigneusement la cavité utérine, et je ne vois pas bien après cela quelle peut être la prédisposition de l'utérus même scléreux à la cancérisation, car la dégénérescence scléreuse d'un organe n'a jamais été regardée en pathologie générale ou spéciale comme une cause pathogénique de l'épithélioma.

Si cependant je veux suivre M. Richelot dans les sphères élevées de la filiation des tumeurs et de leurs relations réciproques, j'écrirai d'une façon tout autre l'histoire des fibromes, et je montrerai à son inverse leur entité morbide, leur unité pathologique, leur cadre nosologique spécial et indépendant. L'*hérédité* me paraît indéniable, et la façon dont évoluent et s'éteignent les familles de fibromateuses constituera peut-être un thème intéressant. J'ai ainsi l'observation d'une famille dont *trois générations successives* ont été atteintes de fibromes. La grand'mère a été autopsiée par Lisfranc; le protocole d'autopsie fait mention d'énormes tumeurs, lisses, arrondies si fréquentes et connues

alors sous le nom de « tumeurs squirrheuses de l'utérus »; la mère que j'ai soignée avec Potain et mon ami Clermont portait un énorme fibrome qui provoquait une hydrorrée d'une abondance que je n'avais jamais vue, elle succomba à un âge avancé; la fille dont M. Terrier doit se souvenir car nous l'avons examinée ensemble, avait dès l'âge de vingt-six ans une série de fibromes qui la rendirent stérile et dont je l'ai débarrassée en 1895 par hystérectomie abdominale. Il est évident que le début précoce du néoplasme chez cette dernière a été la principale cause de la stérilité et de l'extinction de cette *famille fibromateuse.* Je vous cite ce fait d'hérédité entre mille autres, à cause des trois générations qui ont été suivies. Mais cette même hérédité peut s'adresser à *tous les enfants d'une même lignée.* J'ai vu avec Hardy puis avec M. Landouzy une femme grosse et grasse portant un gros fibrome auquel nous n'avons pas touché. Cette femme a eu quatre filles, toutes les quatre ont eu des fibromes, M. Terrier a opéré l'une d'elles, et j'ai opéré les trois autres, mais leurs tumeurs se sont développées assez tard pour leur permettre d'avoir toutes quatre plusieurs enfants. Je suis convaincu que si chacun de nous voulait rapporter ses observations à ce sujet, elles démontreraient bien qu'il y a là une entité morbide bien définie et ces faits seraient autrement nombreux que les coïncidences de cancérisation du moignon du col, après une hystérectomie! Aussi ce n'est certainement pas la crainte de cette coïncidence qui me fera préférer l'ablation totale de l'utérus à l'amputation subtotale et surtout à la *myomectomie par voie abdominale.*

Cette dernière opération a été visée par M. Richelot, et comme elle me tient à cœur d'autant plus que tous mes collègues discutent surtout la valeur de l'ablation totale ou subtotale, je vais la prendre comme base de discussion. Je ne ferai ici que compléter mon premier mémoire. Tout d'abord un peu de précision : j'appellerai *énucléation* l'extraction de fibromes *intra-utérins* qui seule m'intéresse ici, et je laisserai le terme générique et imprécis de myomectomie à l'ablation d'un fibrome quelconque, sous-muqueux, sous-péritonéal, pédiculés par exemple. Si je désire cette distinction, c'est d'abord parce qu'elle est observée à l'étranger et qu'elle nous permettra de nous comprendre, et en plus parce que nous ne pouvons vraiment pas mettre en parallèle l'ablation d'une tumeur pédiculée sous-péritonéale qui nécessite tout juste un coup de ciseau et trois points de suture avec une hystérectomie abdominale.

J'ai toujours eu en matière de fibromes des tendances conser-

vatrices. Alors que l'ablation totale régnait sans partage j'ai plaidé pour la conservation des deux ovaires, j'ai essayé les ligatures ou le pincement des utérines, et enfin, quand j'ai été assez familier avec la technique d'hystérectomie que nous suivons tous, j'ai pratiqué et défendu l'énucléation. Pour cela j'ai d'abord cherché une technique satisfaisante et je vous ai proposé : l'incision utérine aussi médiane que possible, l'exérèse au moyen des crochets et de la spatule, l'inutilité habituelle des ligatures et la suture utérine parfaite en deux étages, l'un profond affrontant les surfaces cruentées, l'autre appliquant les surfaces séreuses à la Lembert. Je laisse de côté ces détails opératoires que j'ai publiés longuement. C'était en somme une opération césarienne mais appliquée à un ou à plusieurs fœtus. Depuis quatre ans j'ai été fidèle à ce manuel opératoire et je vous signalerai seulement les quelques remarques que m'a suggérées ma pratique. J'envisagerai successivement les indications opératoires fournies par le fibrome, l'utérus et la façon de les séparer.

J'ai parlé dans mon mémoire de 1900 des contre-indications tirées de l'*état septique des annexes* et de la *dégénérescence* télangiectasique ou gangreneuse des fibromes, je n'y reviendrai pas.

I. Le *volume* et la *situation* d'un fibrome m'ont toujours été indifférents dans le choix opératoire; Le *volume* considérable d'un fibrome n'est pas à lui seul une indication d'ablation de l'utérus. Alors que je craignais de faire trop étendues les incisions d'accès j'ai dans un cas morcelé la tumeur; je ne crains plus maintenant les larges débridements de la coque musculaire utérine et j'ai toujours depuis cette époque enlevé les tumeurs d'un seul tenant. La large brèche qui résulte de l'énucléation n'est pas à redouter comme nous le verrons. J'ai enlevé par énucléation et montré ici des fibromes pesant 800 grammes, et dans une opération à laquelle assistait M. Reverdin j'ai enlevé une masse fibreuse de 1.300 grammes. Si la *localisation* de la tumeur *au voisinage de la trompe* ou à la *partie postérieure et latérale du col* nécessite quelques précautions (et ce sont là les seules régions qui paraissent dangereuses), je n'ai pas vu de gravité particulière à ces cas. Il suffit de placer l'incision utérine d'accès aussi loin que possible des pédicules vasculaires normaux de l'utérus; le fibrome enlevé l'utérus devient si mobile que la suture des incisions n'a rien de particulièrement difficile.

La *multiplicité* des fibromes et leurs *rapports* avec le parenchyme utérin sont plus féconds en indications opératoires. On ne peut préciser au juste le nombre maximum des fibromes énucléables. Je vous en ai montré dix-sept que j'avais extraits du même utérus; mais il faut surtout considérer à cet égard leur *siège réciproque*;

souvent il est possible par une même section d'enlever plusieurs noyaux groupés dans la même région et cela facilite beaucoup l'opération. Je ne doute pas qu'avec plus d'expérience ceux qui ont enlevé un ou deux fibromes n'aillent au delà et ne reculent ainsi les limites de cette intervention. Mais j'ai fait plusieurs fois deux et même trois et quatre incisions d'accès en des points différents de la coque utérine et mes malades ont bien guéri, elles n'ont pas eu le moindre trouble menstruel. Il est certain qu'il ne faut pas pousser à l'excès cette façon de faire et je partage l'opinion de ceux qui veulent supprimer « la loque utérine ». J'accorde que si ces fibromes multiples font saillie sous la muqueuse utérine et lui sont adhérents dans une très large étendue, il est préférable d'enlever l'utérus en totalité, parce que la cavité utérine se drainerait mal après la suture. Mais, en dehors de ces exceptions, il ne faut pas se hâter de condamner à mort un de ces utérus « qui, après l'énucléation, n'ont plus forme humaine ». Lorsqu'ils sont bien recousus ils sont déjà plus présentables, plus tard vous les sentez mobiles, réguliers et presque normaux, et quand vous les voyez ensuite après quelques mois, je n'ose pas dire supporter une grossesse, mais suffire à une menstruation régulière et parfaite, votre satisfaction chirurgicale est complète; les malades ne vous accuseront pas plus de vous être livré sur leur utérus à « un dilettantisme opératoire » qu'à une « manœuvre de haute école », vous ne leur aurez pas vanté « des avantages plus apparents que réels », vous leur aurez rendu un très grand service et toute leur vie en bénéficiera, voilà tout.

Les *rapports* des fibromes avec le parenchyme utérin sont bien plus importants encore que leur nombre. Dans l'immense majorité des cas le tissu néoplasique est bien *enkysté*, son clivage se fait simplement d'un coup de spatule, un ou deux coups de crochets le font tomber dans la main ; s'il résiste, c'est que votre clivage n'a pas été parfait, complétez-le. Dans les cas où la masse est friable et œdémateuse deux doigts en font le tour et l'énucléent à travers l'incision d'accès élargie pour donner issue facile à la tumeur; ne vous inquiétez pas du sang qui s'écoule à ce moment, l'hémorragie si elle a lieu s'arrête aussitôt que le fibrome est enlevé, mettez une compresse dans la cavité laissée par l'ablation du néoplasme et continuez votre exploration ou vos énucléations. Tout en restant enkysté, le néoplasme peut être lobé ou *lobulé*; alors on sectionne, comme on débride une hernie, chaque cloison que l'on sent résister: chaque lobe ou lobule est ainsi libéré et la coque, tout irrégulière qu'elle est, se réunira parfaitement. Enfin le fibrome peut être bien net dans ses contours et, cependant, être *adhérent* ; les faisceaux de fibres utérines viennent à

chaque pas pénétrer dans le néoplasme et interrompre le plan de clivage, ici encore aucune difficulté; on sectionne ces fibres aux ciseaux, elles ne saignent pas.

Mais il est une autre variété qui, celle-là, même quand elle est unique et bien placée, devient inaccessible à la résection, et indique nettement l'hystérectomie qui devra être *totale*. Ce sont les indurations fibreuses. fibromes histologiques, qui se continuant de tous côtés sans lignes de démarcation aucune avec le parenchyme utérin. J'ai deux fois rencontré cette forme anatomo-pathologique : dans mon premier cas, j'ai pratiqué de suite l'ablation de l'utérus; dans le second, qui date de quelques semaines, j'ai voulu réséquer la masse entière par morcellement, et en dépassant largement les limites du mal; je me suis aperçu que je ne faisais qu'une mauvaise besogne, mal réglée, incertaine, et encore incomplète.

Pour résumer ces notions anatomo-pathologiques concernant les rapports des fibromes et de l'utérus, je dirai que, seuls, les *fibromes diffus*, sans limitation anatomique possible, commandent toujours l'hystérectomie que je ferais *totale*.

II. Je n'ai envisagé jusqu'ici que le contenu, mais le contenant, *le parenchyme utérin et sa muqueuse*, sont-ils susceptibles de nous fournir des indications dans le choix du procédé opératoire? Voici, à cet égard, ce que j'ai vu. L'hypertrophie de l'utérus est absolument variable suivant les cas. Le plus souvent, le tissu a conservé sa coloration et sa consistance normales; il n'est que plus épais et légèrement condensé autour des fibromes. L'énucléation fait rétrocéder cette hypertrophie, j'ai fait examiner par mes élèves des utérus qui, après opération, présentaient le volume des deux poings et qui, six à huit mois plus tard, avaient diminué de moitié et paraissaient presque normaux. A l'heureuse expression de grossesse fibreuse réservée à ces utérus, il faudrait ajouter celle d'*involution post partum* de la matrice après l'accouchement du fibrome. Deux fois j'ai trouvé *une induration scléro-fibreuse* de tout l'organe qui criait sous le bistouri, et présentait une consistance tellement ligneuse qu'il aurait été, je crois, impossible de faire à sa surface séreuse une suture à la Lembert. Je n'ai pas cherché à conserver des organes ainsi altérés et j'ai fait, dans les deux cas, une hystérectomie subtotale.

Quant à l'état de la *muqueuse* utérine, elle ne m'avait jamais préoccupé jusqu'au jour où j'ai énucléé ce gros fibrome et conservé cet utérus devenu cancéreux, et qui a si bien servi M. Richelot sans qu'il ait eu la moindre intention de me reprocher mon intervention, dite conservatrice. Depuis ce jour, je fais dans tous les cas douteux, avant mon intervention, un curettage de la muqueuse,

j'examine les fragments enlevés, j'en fais faire l'étude histologique et s'il existe quelque doute, je fais l'hystérectomie totale. Je sais quelles difficultés comportent les examens microscopiques pour établir une différenciation entre certaines métrites et les épithéliomas. Malgré cela, j'espère éviter ainsi les erreurs grossières et ne pas laisser passer un cancer du corps utérin en plein bourgeonnement. Si je donne quelque crédit à cet examen, qui,je le sais, ne peut me donner de résultat positif qu'en cas de lésion déjà très marquée, c'est que la lecture d'observations dans lesquelles l'ablation subtotale de l'utérus a été suivie du développement d'un cancer m'a prouvé que ce cancer suivait souvent de très près, de si près l'opération partielle qu'il existait certainement au moment de l'opération, et qu'il a été méconnu (*six mois* dans l'observation de Richelot, *quatre mois* dans celles de Noble, *quatre mois* dans celle de Schenck, *quelques mois* dans celle de Wehmer, *huit mois* pour la malade de Menge). La première observation de M. Richelot est particulièrement suggestive : sa malade présentait, à côté de ses signes de fibromes, certains symptômes qui ont rendu notre collègue perplexe sur la nature de la tumeur. M. Richelot m'a dit, à propos de mon opérée, « si cet utérus n'avait pas été laissé dans l'abdomen, il ne serait pas devenu cancéreux », je lui ferai respectueusement remarquer que si chez sa malade il avait éclairé son diagnostic d'une façon plus précise, si en face d'un cas douteux il avait fait examiner un fragment de cette muqueuse saignante, il ne se serait pas exposé à laisser dans le vagin un col qui aurait dû suivre le corps utérin. Mais, j'aurais mauvaise grâce à poursuivre cette discussion, car l'ablation même totale de l'utérus n'aurait pas, hélas! protégé sa malade ni la mienne, contre la propagation d'un cancer.

Je laisse de côté ces indications tirées de l'anatomie pathologique pour revenir sur quelques points de technique. Je suis fidèle à mon procédé ancien. Je ne saurais trop recommander l'usage des *crochets* ; ils facilitent singulièrement l'opération quand on sait les fixer au bon endroit, c'est-à-dire profondément et au voisinage des points adhérents; la facilité avec laquelle on les place et on les déplace aide singulièrement l'énucléation : il m'arrive souvent d'en planter deux ou trois dans un gros fibrome. L'*hémostase définitive* ne nécessite en général aucune ligature; dans toutes mes énucléations, je n'ai été obligé qu'une seule fois de mettre une ligature sur un vaisseau artériel. Le suintement sanguin s'arrête spontanément ou cède à la *suture* des incisions. Aussi cette dernière doit-elle être parfaite, et ses deux conditions indispensables d'efficacité consistent : 1° à prendre toute la sur-

face cruentée, comme dans une périnéorraphie; 2° à éviter la muqueuse utérine. L'aiguille doit donc ramasser tous les tissus de façon à bien les affronter sans prendre ni muqueuse ni péritoine ; un modèle quelconque d'aiguille et un catgut y suffisent. Le second étage de suture à la Lembert sur le péritoine doit au contraire être fait avec une aiguille ronde, et à points séparés ou continus mais très rapprochés. *L'affrontement* doit être exact, bien entendu, mais il ne faut pas trop serrer les fils sous peine de couper les tissus. A cet égard, la musculature utérine est très variable; les unes résistent, les autres se coupent facilement. Dans une dizaine de ces derniers cas, j'ai eu recours à une manœuvre qui, à titre exceptionnel, peut rendre service. On prend l'épiploon, on choisit un fragment suffisant de son bord libre, on lie au-dessus et on le détache complètement puis on l'applique, on l'étale, complètement libre et comme une bande de taffetas, sur l'incision où il est fixé par quelques points de suture. Cette manœuvre que Chaput employait il y a quelque dix ans, mais en laissant l'épiploon adhérent, a été de nouveau introduite dans mon service par M. Lœwy. En quelques heures, l'épiploon adhère : Il ne faudrait pas pratiquer cette manœuvre avec des fragments d'épiploon très gras, qui ne se greffent plus aussi facilement sur la séreuse utérine. Je n'ai jamais eu besoin, après l'exérèse de gros fibromes, de *réséquer* les parois de leurs loges, pour les affronter plus facilement; je les ai toujours vues revenir sur elles-mêmes, comme le fait l'utérus après l'accouchement.

Le seul accident, souvent inévitable pendant cette opération, c'est l'*ouverture de la cavité utérine* — je ne m'en suis jamais préoccupé et je ne puis partager l'opinion de ceux qui regardent cette ouverture comme une contre indication à l'énucléation — : dès que la muqueuse est ouverte, protégez la plaie correspondante par une compresse, et mettez dans sa cavité un drain qui sortira dans le vagin; cela est prudent mais non indispensable. (J'ai l'habitude de bien faire dilater la cavité, col et corps utérin accessible par une laminaire, la veille de l'opération. Sans cette précaution, le drainage peut être impossible.)

Quand les manœuvres ont été compliquées, quand la cavité utérine a dû rester longtemps ouverte, je *draine* par l'abdomen ou par le Douglas, pour quarante-huit heures, car, avec M. Routier je ne crains pas le péril vaginal, et un bon drainage me paraît une des meilleures garanties de la chirurgie abdominale, quand elle est septique ou particulièrement grave.

Les objections vont pleuvoir contre ce procédé : lenteur dif-

ficulté, suites opératoires plus longues, dangers plus grands, la plus importante de ces objections, la seule réelle, ce n'est pas la possibilité du développement d'un cancer dans cet utérus, mais c'est la *récidive possible* du fibrome. Cette récidive je ne l'ai pas encore vue, mais elle existe certainement. Mon élève Zwibel sur 562 énucléations arrive au chiffre de 0,75 p. 100; je vous accorderai que ce chiffreest trop faible, et je ne doute pas que ma communication ne fasse sortir de l'oubli, de la négligence, ou du faux amour-propre quelques cas inédits. Mais pour que cette récidive devienne une objection sérieuse, il faut deux conditions premières : 1° l'opération pratiquée a dû être une énucléation et non une myomectomie; 2° l'opérateur a dû faire après son énucléation une exploration attentive de l'utérus pour s'assurer qu'il avait bien enlevé tous les fibromes appréciables et surtout ceux qui avoisinent la cavité utérine. Je n'accepterai donc pas comme exemples de récidive les cas ou après avoir enlevé un fibrome pédiculé sous-péritonéal on s'est contenté de suturer son incision, pas plus qu'une opération où le gros fibrome énucléé on se contentera de refermer rapidement l'utérus et l'abdomen.

Si je crois à la rareté de la récidive après les énucléations bien complètes, c'est que nous savons la gêne, l'obstacle apportés au développement des fibromes par les troubles de la circulation utérine. Nous savons quel rôle jouent les ligatures dites atrophiantes et la castration qui font rétrograder les myomes, dans un très grand nombre de cas. Il est probable que les troubles circulatoires provoqués par l'hystérotomie et les sutures contribueont pour une part à diminuer les chances de récidive. Mais quand même cette récidive serait possible, quand même nous laisserions toujours quelques petits fibromes après l'énucléation, je considérerais malgré ces inconvénients la conservation de l'utérus comme une opération recommandable, croyez-vous que chez une femme jeune, même si elle n'est plus « en pleine période génitale », dix ou quinze ans de menstruation soient un facteur physiologique négligeable, croyez-vous que même en dehors de toute grossesse il n'y ait pas pour l'équilibre de la santé générale un gros avantage à conserver cette fonction, croyez-vous que même pour cinq ou six ans il soit inutile de la conserver; sur mes 52 malades 22 n'avaient pas quarante ans. Vous connaisez tous ces lois générales, je m'excuse de vous les rappeler. Vous me direz que dans les conditions où je me place nous sommes tous énucléateurs. Je n'en suis pas convaincu. Vous hystérectomisez plus volontiers, je cherche à faire l'énucléation et je n'enlève l'utérus que si après essai je ne puis faire autrement. Mon incrédulité s'appuie sur ces formidables statistiques d'hystérectomie sans un seul cas

d'énucléation je ne puis pas croire que sur le nombre il n'y ait pas un utérus qui trouve grâce devant vous. Je voudrais savoir combien des hystérectomistes de la première heure ont fait de vraies énucléations, et je ne puis pas admettre comme rationnelle la pratique des chirurgiens qui nous envoient une statistique de 200 hystérectomies supra-vaginales sans le moindre fibrome digne d'une simple énucléation (Lauwer). Quand même cette femme de vingt-cinq, trente, trente-cinq ans devrait dix ans plus tard subir une hystérectomie, pour récidive, j'ai trop la conviction de la bénignité absolue de cette intervention pour ne pas préférer cett possibilité très problématique à la suppression immédiate de l'utérus et de ses annexes.

J'irai plus loin : chez une femme même à l'approche de la ménopause s'il n'existe qu'un fibrome ou si l'énucléation est facile, je n'hésiterai pas à la pratiquer; je préfère laisser un organe inoffensif que le supprimer et les chances de voir se développer de toutes pièces après la cessation définitive des règles un fibrome chirurgical *qui n'existait pas alors* sont vraiment trop minimes pour me faire hésiter. Je veux en somme conserver l'organe tant qu'il ne m'est pas prouvé qu'il est dangereux.

Je maintiens donc que le règne absolu et univoque de l'hystérectomie dans le traitement des fibromes doit céder le pas à l'éclectisme qui là comme ailleurs reprend ses droits. Il y a des cas où l'on *doit* énucléer, et des cas où l'on *peut* énucléer ou hystérectomiser. Pour ces derniers je préfère toujours l'*énucléation*. Quant à l'ablation totale ou subtotale, elle dépend uniquement des conditions dans lesquelles on trouve l'utérus et son néoplasme : pour les *cas douteux* auxquels j'ai fait allusion l'exérèse *totale* s'impose; dans ceux dont l'hystérectomie subtotale a été particulièrement *difficile*, je *fends volontiers le col* d'un coup de ciseau donné juste sur la lèvre médiane et postérieure de façon à n'avoir pas les ennuis d'un suintement sanguin de l'hystérectomie totale, mais à conserver le bénéfice d'un large drainage; pour les autres infiniment plus nombreux dans lesquels les fibromes sont la néoplasie simple et bénigne que nous connaissons, je me joindrais aux orateurs qui m'ont précédé et dont j'accepte et les arguments et les conclusions : les avantages de la *subtotale* typique doivent être conservés; elle est plus facile, plus bénigne et aussi efficace.

M. J.-L. Faure. — Je tiens à me renfermer dans les limites que M. Richelot a lui-même posées et à m'occuper exclusivement de la conduite à tenir dans le traitement des fibromes. Il est évident que, si l'on se trouve en présence d'une tumeur suspecte de dégénérescence ou de malignité, il faut enlever l'utérus en totalité.

Mais lorsque l'aspect et la consistance de la tumeur ne laissent aucun doute, s'il s'agit d'un fibrome ordinaire, il n'en est pas de même, et dans ces conditions l'hystérectomie subtotale est, à mon avis, très supérieure à l'hystérectomie totale.

Il n'y a, en faveur de celle-ci, qu'un seul argument, et d'une indiscutable valeur. C'est celui que M. Richelot a fait valoir devant nous. Le moignon cervical que laisse en place l'hystérectomie subtotale peut devenir plus tard le siège d'un cancer. Les exemples en sont en réalité très rares, et, si M. Richelot en a rencontré trois, la plupart d'entre nous n'en ont jamais vu. Il est certain que lorsqu'on se trouve en présence d'un fait de cette nature on doit amèrement regretter de ne pas avoir, lors de l'intervention première, enlevé l'utérus entier. Mais il ne faudrait pas que l'impression pénible que l'on doit ressentir devant des cas semblables leur fît attribuer plus d'importance qu'ils n'en ont en réalité.

M. Richelot pense que l'existence d'un fibrome prédispose au développement d'une tumeur maligne. Je crois, moi aussi, que la dégénérescence maligne des fibromes n'est pas rare, et j'en ai rencontré un certain nombre de cas. Mais je crois que cette complication n'a de chances sérieuses de survenir que tant que le fibrome est en évolution. Lorqu'il a été enlevé, je crois au contraire que le col utérin qui subsiste est moins exposé à donner naissance à un cancer qu'un col utérin qui se trouve dans les conditions ordinaires. Après l'extirpation du fibrome, du corps utérin, et en même temps des annexes, le moignon cervical s'atrophie, les sécrétions utérines plus ou moins infectées ou plus ou moins irritantes ne viennent plus entretenir au niveau de son orifice, dont la muqueuse a d'ailleurs été souvent détruite, les conditions favorables au développement d'un néoplasme, et je crois qu'il n'est pas déraisonnable de penser que chez les femmes qui ont subi une hystérectomie subtotale, la proportion des néoplasmes qui peuvent se développer sur le col doit être inférieure à celle que l'on rencontre dans les conditions ordinaires.

Quoiqu'il en soit, le fait existe, nous devons en tenir compte. Mais les avantages de l'hystérectomie subtotale sont trop grands pour que nous devions hésiter à l'employer dans tous les cas où elle est applicable, c'est-à-dire presque toujours.

C'est qu'en effet les différences entre les deux méthodes ne me paraissent pas aussi négligeables que semble le croire M. Richelot.

S'il était démontré que l'une des deux est plus grave que l'autre, cette discussion n'aurait plus de raison d'être et nous devrions tous opter pour la méthode la moins grave. Mais cette

démonstration, comme toutes celles du même ordre, est très difficile, sinon impossible à faire. Les statistiques composées de faits hétérogènes puisés dans la pratique de chirurgiens différents sont plus faites pour nous apprendre l'erreur que la vérité, et nous ne pouvons guère, en un pareil sujet, nous fier qu'à nos impressions personnelles.

Je n'hésite pas à dire que, d'après ce que j'ai vu, l'hystérectomie subtotale me paraît moins grave. Je ne dis pas que la différence dans la mortalité soit très appréciable. Il y a, dans les causes de mort, tant d'éléments différents qu'il est difficile d'y reconnaître la part qui peut revenir isolément à l'un quelconque de ces éléments. Mais il me paraît incontestable que la morbidité est moindre, que les suites sont plus simples, plus rigoureusement bénignes, et il n'en saurait être autrement si on considère la différence de délabrement pelvien qui accompagne chacune de ces deux méthodes.

Je ne saurais, à ce propos, accepter l'opinion de M. Richelot sur l'ouverture du vagin. Il est facile de dire que le péril vaginal n'existe pas, et la question me semble plus complexe. Il est des cas dans lesquels l'ouverture du vagin est une sécurité, il en est d'autres dans lesquels la même ouverture est, sinon un danger, au moins un inconvénient.

Lorsqu'on opère sur un foyer septique, comme dans certains fibromes infectés ou compliqués d'annexites, et qu'un large drainage est nécessaire, je suis convaincu que le drainage vaginal est supérieur au seul drainage abdominal. L'ouverture du vagin, dans ce cas, est donc une ressource précieuse.

Il est d'ailleurs bien facile, dans l'hystérectomie subtotale, de drainer par le vagin, si on le juge nécessaire. Il suffit, par un coup de ciseaux médian et exsangue, d'inciser en arrière la lèvre postérieure du col et le cul-de-sac vaginal.

Lorsqu'on opère, au contraire, sur un foyer aseptique, comme dans les fibromes simples, il est évident que l'ouverture du vagin, que le nettoyage le plus minutieux ne peut jamais aseptiser, car seule la chaleur peut le faire, entraîne nécessairement pendant tout le temps que durent les manœuvres d'extirpation utérine et d'hémostase une contamination du petit bassin et des mains de l'opérateur. Cette contamination est légère, je le veux bien, mais elle est certaine, et s'il est peut-être exagéré de lui attribuer souvent des accidents graves, il n'en est pas moins évident qu'une opération qui peut se terminer sans ouverture du vagin est une opération dans laquelle les règles imprescriptibles de l'asepsie sont plus rigoureusement observées.

Et qu'on ne dise pas que la section de la cavité utérine a les

mêmes inconvénients. Ici nous avons une ressource d'une valeur absolue, le thermocautère, qui nous permet de stériliser complètement la muqueuse intra-utérine.

Mais là n'est pas le seul avantage de l'hystérectomie subtotale. Celle-ci est en outre infiniment plus simple. Et cela est si vrai qu'il m'est arrivé de faire l'opération tout entière, y compris les trois plans de suture de la paroi, en moins de temps qu'il n'en faut quelquefois pour faire l'hémostase seule dans l'hystérectomie totale.

C'est qu'en effet, au point de vue purement technique, c'est dans l'hémostase que réside le principal inconvénient de l'hystérectomie totale.

Pour qu'une hystérectomie soit totale et qu'il ne reste plus trace du col, il faut de toute nécessité pratiquer la désinsertion circulaire du vagin. Or celle-ci amène la section d'un certain nombre de petites artérioles et de veinules qui sont souvent laborieuses à saisir et donnent lieu à un suintement sanguin parfois très ennuyeux. Il est des cas, évidemment, dans lesquels l'hémostase est vite faite, — mais il en est d'autres, et qui ne sont pas très rares, dans lesquels elle demande un quart d'heure et même davantage, — et j'avoue que je n'en ai pas rencontré qui fussent aussi simples que le pense M. Richelot. Dans l'hystérectomie subtotale, au contraire, l'hémostase, pour laquelle suffit une ligature sur chaque pédicule de l'utérine est extrêmement rapide, —j'ajoute qu'elle est aussi plus sûre.

Il ne me paraît pas contestable que l'hystérectomie subtotale soit également plus facile, et qu'elle mette plus sûrement l'uretère à l'abri de toute blessure. Or, quoi qu'on en dise, il n'est pas du tout indifférent d'employer dans une opération, quelle qu'elle soit, la méthode la plus simple et la plus facile. La chirurgie n'est pas un art si commode que nous ne devions nous efforcer d'en atténuer les difficultés, et toutes choses égales d'ailleurs, il me paraît évident qu'une opération qu'on peut mener à bien par un procédé facile sera moins compliquée, moins longue et en somme moins grave que si on l'exécute par une méthode moins simple.

Il est enfin en faveur de l'hystérectomie subtotale un dernier argument qui a bien sa valeur — La conservation du col utérin n'est pas sans importance au point de vue de la statique pelvienne et de l'accomplissement des seules fonctions que le vagin puisse encore accomplir, — et il est évident qu'il est meilleur pour une femme d'avoir au fond du vagin un col utérin normal au lieu d'une cicatrice qui peut être souple et solide, mais qui peut être aussi fragile et douloureuse.

En somme, à défaut de toute notion précise sur la gravité rela-

tive de l'hystérectomie totale et de l'hystérectomie subtotale, que je crois cependant plus bénigne, l'absence d'ouverture du vagin et l'observation plus rigoureuse des règles de l'asepsie, la moindre importance du délabrement pelvien, la conservation des qualités morphologiques naturelles du vagin, la simplicité de l'hémostase et la plus grande facilité de l'hystérectomie subtotale donnent à celle-ci une telle supériorité technique, que je ne puis, malgré tout le talent que M. Richelot a mis à défendre sa cause, me ranger à son avis, — et l'inconvénient réel qui lui dicte sa conduite ne saurait compter à mes yeux devant les avantages multiples sur lesquels je viens d'insister.

M. F. Legueu. — Sous le prétexte que le moignon cervical de l'hystérectomie supravaginale peut un jour devenir cancéreux, M. Richelot préfère l'hystérectomie totale, à laquelle il trouve par ailleurs une simplicité égale, une bénignité pareille. Je ne partage pas sur ces divers points l'avis de notre collègue : je considère que l'hystérectomie sus-vaginale a été un perfectionnement sérieux, important, et je ne pense pas que les arguments soulevés par M. Richelot soient de nature à nous la faire abandonner, ou à nous entraîner à sa suite.

1° M. Richelot établit d'abord par quelques faits la réalité de la dégénérescence secondaire du col.

Je n'ai, pour ma part, jamais vu encore un moignon cervical dégénérer en cancer à la suite d'une hystérectomie subtotale. Et sur un nombre déjà important de ces opérations, je n'ai été qu'une fois obligé d'enlever secondairement un col utérin laissé au cours de la première opération. Chez une de mes malades, une infection s'est lentement établie au-dessus du col, et au-dessous du dôme péritonéal. Cette infection amena là la formation d'un abcès, que je ne pus évacuer suffisamment à travers le calibre naturel du canal cervical, et j'ai dû, huit ou dix mois après l'hystérectomie, enlever le col qui faisait comme un bouchon au-dessous de l'abcès.

M. Richelot va plus loin : pour lui « l'utérus fibromateux est le terrain sur lequel pousse le cancer », et dès lors il y a tout avantage à supprimer l'utérus en totalité. Mais la proposition est loin d'être démontrée.

Ces relations du fibrome et du cancer sont doubles, suivant que le fibrome lui-même se transforme en cancer, ou suivant que c'est l'utérus lui-même qui est le point de départ de la dégénérescence cancéreuse.

Le fibrome peut subir lui-même la transformation cancéreuse, sans qu'un cancer du corps se propage à son tissu. Il est au centre

des fibromes, des éléments épithéliaux venus de la muqueuse, et dont les transformations jettent un jour très net sur la dégénérescence cancéreuse des fibromes.

J'ai, autrefois, avec le concours de mon ami Marien, aujourd'hui professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Montréal, j'ai étudié tout particulièrement ce point intéressant, et nous avons vu ces éléments glandulaires subir la triple évolution que voici : l'atrophie, la dégénérescence kystique ou la transformation cancéreuse. Et comme ces éléments glandulaires existent dans beaucoup de ces tumeurs, même de celles qui sont actuellement très éloignées de la muqueuse, il en résulte qu'au centre de chaque tumeur il est des éléments épithéliaux dont l'évolution peut un jour expliquer la formation d'un cancer au centre d'un fibrome sans que la loi de la spécificité cellulaire soit aucunement lésée. Mais cette transformation est rare ; nous ne pouvons beaucoup tabler sur elle.

Plus souvent, c'est dans l'utérus lui-même que se fait la dégénérescence cancéreuse, et elle se fait dans la muqueuse du corps ou dans celle du col. Préoccupé d'établir par des vues ingénieuses la « relation mystérieuse » du fibrome et du cancer, M. Richelot est peut-être porté à voir plus fréquente qu'elle n'est cette coexistence des deux tumeurs. Sur cent fibromes, la statistique établit que la proportion de ceux qui s'associent au cancer est tout au plus de 4 p. 100, et si la relation est si intime, comment expliquer une si rare coïncidence ?

Et je trouve de même que les quelques observations de dégénérescence du col, après l'hystérectomie subtotale, sont bien peu de chose auprès du nombre si considérable de ces opérations.

Et d'ailleurs, il y a longtemps déjà que l'on fait des hystérectomies partielles pour fibrome : nous avons connu, il n'y a pas encore très longtemps, le régime de l'hystérectomie à pédicule externe, et si cette opération fut un jour à juste titre abandonnée, je n'ai jamais entendu dire que c'était à cause des dégénérescences secondaires et tardives du segment conservé de l'utérus. Il ne faut donc pas s'inquiéter outre mesure d'une coïncidence qui figure, en somme, assez rarement.

Si, malgré tout, il fallait trouver une raison à cette coïncidence, je la comprendrais d'une façon très différente. Le fibrome, né d'une origine irritative, inflammatoire et probablement microbienne, entretient ou développe dans l'utérus cet état de congestion, ce trouble de nutrition qui aboutit à l'hypertrophie de la muqueuse. Et peut-être que de cette activité exagérée résultera la localisation d'un cancer. Mais alors si, par l'hystérectomie subtotale, vous supprimez l'utérus avec le fibrome, vous supprimez

le foyer de l'irritation avec tous les éléments qui l'alimentent et les quelques lambeaux de muqueuse compris encore dans le moignon conservé auront bien des raisons de s'atrophier, de régresser, ou tout au moins de perdre cette activité qui eût pu paraître inquiétante.

L'hystérectomie subtotale ne me paraît donc, à ce point, en aucune façon répréhensible, et je ne vois dans les quelques faits rapportés aucune raison de l'abandonner.

2° M. Richelot dit ensuite de l'hystérectomie totale qu'elle est aussi simple que la subtotale. Nos collègues Ricard et Schwartz ont déjà fait justice de cette affirmation, et je m'associe à leur protestation.

La subtotale est beaucoup plus simple au point de vue de l'hémostase, et la ligature méthodique des deux utérines n'est pas comparable aux ligatures multiples que l'on doit faire avec l'hystérectomie totale.

Aussi l'hystérectomie subtotale est-elle moins grave; car toute simplification d'une opération a pour corollaire l'abaissement de sa mortalité. Je veux bien que la différence ne soit pas très sensible : elle se chiffre entre mes mains par quelques unités, et il faut croire qu'il en est de même en d'autres mains, puisque tous ceux qui ont adopté cette opération l'ont conservée.

On nous dit : le vagin n'est pas septique comme vous le croyez, et les recherches le montrent stérile. Chez les femmes saines, oui, et l'on comprendrait autrement bien difficilement la bénignité de la puerpéralité ; mais chez les femmes malades, ayant des pertes, des sécrétions utérines, je ne crois pas que le vagin soit si aseptique. Et n'objectez pas l'hystérectomie vaginale, car l'hystérectomie vaginale n'aurait jamais pu vivre si elle n'avait trouvé dans un drainage constant et surtout dans un drainage déclive le correctif nécessaire.

Je reconnais cependant que le vagin peut être nettoyé, que son ouverture ne constitue pas un péril : mais toutes les fois qu'on peut se dispenser de l'ouvrir, il vaut mieux l'éviter, car l'asepsie du moignon cervical sera toujours plus facile à assurer que celle de la cavité vaginale.

Deux raisons seulement me forcent à abandonner l'hystérectomie subtotale et à ouvrir le vagin : c'est d'abord l'altération du col, c'est ensuite la nécessité d'assurer le drainage sous la péritonisation. Le drainage vaginal me paraît comme à Routier meilleur que le drainage abdominal, et, dans ces conditions, l'hystérectomie abdominale totale reprend entre nos mains ses droits.

L'hystérectomie subtotale est donc l'opération de choix ; l'énucléation reste une opération d'exception.

Que l'on cherche, chez une jeune femme, à conserver, avec les annexes saines, un utérus capable de procréer ; que, dans ce but, on pousse l'énucléation jusqu'à des limites étendues, je l'accepte. Mais cette opération n'a sa raison d'être au delà de la quarantième année que s'il était prouvé qu'elle fût beaucoup moins grave que l'hystérectomie. A part le cas d'un fibrome unique et peu volumineux, je préfère de beaucoup les manœuvres réglées d'une hystérectomie à celles irrégulières, incertaines d'une énucléation, surtout si celle-ci doit se répéter avec plusieurs fibromes. On court le risque de laisser dans la paroi des noyaux méconnus, et qui, dans l'avenir, seront la source de nouveaux accidents, et, enfin, on laisse un utérus qui, pourvu de tous ces éléments, peut être une source de nouveaux ennuis. Voilà pourquoi je la réserve aux tumeurs de moyen et de petit volume, uniques ou peu nombreuses, alors que, par ailleurs, les annexes sont assez intactes pour être conservées.

M. A. Guinard. — Deux points sont en discussion, après la communication de M. Richelot. D'abord une question de pronostic opératoire. « Il n'y a pas, dit M. Richelot (séance du 28 octobre, p. 942) la moindre différence de pronostic entre l'hystérectomie totale et l'hystérectomie subtotale pour fibromes. »

Déjà à la séance du 29 avril 1903 il a été répondu à cette question. MM. Terrier, Peyrot, Quénu, après un rapport favorable et même enthousiaste de M. Monod, sur les mérites de la subtotale, ont montré que la pratique actuelle de la généralité des chirurgiens plaidait hautement en faveur de la subtotale. Le fait est que pas une voix ne s'est élevée pour défendre l'hystérectomie totale qui ne vit plus, en somme, que des contre-indications de la subtotale ; j'ajoute que ces contre-indications, d'ailleurs bien précisées par M. Richelot, sont fort rares. En somme, la subtotale est devenue la règle ; la totale n'est plus que l'exception. Ce fait seul montre mieux que tous les développements oratoires à quel point la subtotale est supérieure à la totale — au point de vue opératoire. Je dirai après MM. Terrier, Peyrot, Quénu, etc., que c'est depuis l'avènement de la subtotale que la cure opératoire des fibromes utérins est devenue tout aussi innocente que l'ovariotomie la plus simple. Il n'y a pas de dialectique à opposer à un consensus aussi unanime, et je ne crois pas nécessaire d'entrer dans les détails.

Le second point visé par M. Richelot est beaucoup plus important.

« Le moignon de col qu'on laisse après la subtotale peut être ultérieurement le siège d'un cancer. »

Si cette proposition était vraie il n'y aurait pas à hésiter, et ce serait folie, pour améliorer le pronostic opératoire dans une faible proportion, de laisser en place une amorce au cancer.

J'ai donc, suivant le conseil de M. Richelot, fait le relevé de mes hystérectomies pour fibromes, et voici les résultats que j'ai obtenus, suivis des réflexions qu'ils m'ont suggérés.

J'ai pratiqué une centaine d'hystérectomies subtotales pour fibromes, exactement 93, si j'élimine celles de cette année qui ne sont pas faites depuis assez longtemps pour entrer en ligne de compte au point de vue du pronostic éloigné. Dans le nombre, je trouve deux cas identiques à ceux dont nous a parlé M. Richelot, et devant cette proportion considérable je suis surpris que Bouilly, dans sa grande pratique, n'ait jamais observé de faits analogues.

Voici mes deux observations :

Mme X..., âgée de quarante-huit ans, a, depuis dix-huit mois, des métrorragies ; mais ce n'est que depuis trois mois que le ventre augmente de volume. Elle se plaint surtout de phénomènes de compression du côté de la vessie et du rectum. Le 1er mai 1901, je pratique l'hystérectomie subtotale. La tumeur avait le volume d'une tête d'adulte ; elle était dure à la périphérie, mais au centre elle semblait œdémateuse et ramollie. L'opération fut laborieuse à cause des adhérences de la tumeur avec le rectum. Résultat opératoire parfait. Le 28 octobre 1901, c'est-à-dire six mois après, la malade me revient avec des hémorragies vaginales et des pertes « d'eau rousse ». Le toucher montre des fongosités dans le col utérin, et le 31 octobre 1901 je pratique par le vagin, après rachicocaïnisation, l'ablation du col, ce qui fut fait avec la plus grande facilité. Le microscope montra qu'il s'agissait d'un épithélioma du col.

Le 10 juillet 1902, neuf mois après l'ablation du col par le vagin, et quinze mois après l'hystérectomie subtotale, de violentes douleurs abdominales me ramènent la malade à la Maison Dubois ; les selles sont difficiles et douloureuses. Par le toucher, on trouve le fond du vagin rempli de bourgeons épithéliaux ulcérés et saignants. La malade n'a pas tardé à succomber à une généralisation péritonéale.

La seconde observation a trait à une malade de Maintenon, âgée de cinquante-sept ans, que j'ai opérée le 5 février 1902, avec mon interne M. Gadaud. Cette femme avait depuis sept ans un volumineux fibrome utérin avec des pertes et de la pesanteur dans le bassin. L'état général était excellent, et rien ne pouvait faire croire à une récidive maligne ultérieure. L'hystérectomie subtotale fut des plus simples. La masse enlevée pesait 2 kil. 300.

Après un incident de désunion de la plaie, au moment de l'ablation des fils, la guérison se fit très complète, et la malade rentra chez elle en parfait état. En juillet 1903, dix-huit mois après l'opération, l'opérée revient dans mon service de la Maison Dubois où notre collègue, M. Morestin, qui me remplaçait, trouva par le toucher vaginal un cancer du col utérin avec envahissement des culs-de-sac vaginaux. Les lésions étaient si avancées que toute intervention fut jugée impossible, et la malade est en train de succomber à son cancer.

Ces deux observations n'ont pas été sans me faire réfléchir, mais je dois dire que le résultat de mes réflexions n'est pas conforme aux conclusions que M. Richelot a énoncées. Je ne suis pas convaincu du tout que mes deux malades n'auraient pas succombé de même si, au lieu de la subtotale, j'avais fait l'hystérectomie totale. Je vois bien que ce moignon de col que j'avais laissé a été envahi ultérieurement par le cancer ; mais si je l'avais enlevé au moment de la première opération, ma malade n'aurait sans doute pas été préservée à tout jamais du cancer, c'est là ma conviction. Et cela n'est pas une vue purement théorique. J'ai deux faits qui me paraissent fort intéressants pour appuyer ce que j'avance.

Voici une malade de cinquante ans, épuisée depuis dix ans par des pertes sanguines. Je lui enlève par hystérectomie subtotale le 25 octobre 1901 un fibrome du volume d'une tête d'enfant.

Aucun incident. Opération des plus simples. Je la revois un an après : elle a un cancer généralisé du péritoine avec ascite et gâteaux abdominaux. Mais, j'appelle l'attention sur ce fait, le col utérin par le toucher vaginal et par l'examen au spéculum est absolument indemne : il est immobilisé, mais il a gardé toute sa souplesse et la malade n'a ni perte rouge ni leucorrhée.

Ainsi voilà une malade qui est prise de cancer abdominal après une hystérectomie subtotale, et ce moignon du col, qui au dire de M. Richelot sert en pareil cas d'amorce au cancer, reste parfaitement normal alors que tout l'abdomen est envahi par le néoplasme.

Mais voici une dernière observation encore plus topique et qui est comme une démonstration mathématique.

En 1899, je faisais couramment l'hystérectomie totale pour les fibromes utérins. Le 15 novembre 1899, j'ai ainsi opéré avec mon interne M. Carton une femme de quarante-cinq ans qui souffrait depuis quinze ans d'un fibrome de l'utérus. Elle avait subi plusieurs curettages, et le col paraissait un peu dur. Je trouvai une salpingite double qui compliqua un peu l'opération : mais les suites furent d'une simplicité parfaite. La malade reprit ses occupations habituelles. En décembre 1900, plus d'un an après l'opé-

ration, la malade me revient avec un épithélioma du fond du vagin. On sentait par le toucher une telle abondance de noyaux durs remplissant le petit bassin, qu'un chirurgien non prévenu aurait pu croire que l'utérus et les annexes étaient à leur place, envahis par le néoplasme. La malade succomba rapidement à son cancer du petit bassin.

On ne dira pas ici que c'est le moignon de col qui est cause de tout le mal, puisque j'avais fait d'emblée une totale.

J'entends l'objection qu'on peut faire Avez-vous fait examiner au microscope, me dira-t-on, ces prétendus fibromes, et comment pouvez-vous affirmer qu'il ne s'agissait pas primitivement de sarcomes? Je répondrai que malheureusement je ne fais pas examiner tous les fibromes que j'enlève, et je reconnais que c'est un tort. Mais avec l'organisation actuelle de nos hôpitaux, ou plutôt des hôpitaux où j'ai eu un service, il est à peu près impossible d'avoir cet examen histologique pour tous les cas.

Assurément, si j'ai des doutes au moment de l'opération, sur la nature de la tumeur utérine, je me hâte de faire la totale. Pour les cas que j'ai cités, rien ne m'avait paru suspect, et j'avais cru macroscopiquement qu'il s'agissait de fibromes. Une fois seulement, après l'opération, le centre de la tumeur m'a semblé ramolli, ce qui aurait pu retenir mon attention. Mais je reste convaincu que si ma malade était « une cancéreuse », ce n'est pas en enlevant le col indemne que je lui aurais évité une récidive maligne. Quand le col est resté, il peut être envahi comme les viscères abdominaux par la récidive (voir mes deux premières observations); il peut même rester intact, alors que le néoplasme récidive dans l'abdomen, comme dans ma 3e observation. Mais ma 4e observation montre bien que même après l'hystérectomie totale, en l'absence du col, le cancer peut se développer dans le petit bassin, si la malade est « une cancéreuse ».

J'ai donné des soins à une malade que M. Segond a opérée il y a trois ans pour kyste multiloculaire de l'ovaire, Je lui ai enlevé un volumineux fibrome utérin. Je ne serai nullement surpris si elle me revient plus tard avec un cancer abdominal.

En pareil cas le cancer se développe fatalement sur un organe quelconque, et ce n'est pas en enlevant un viscère qu'on protégera les autres. Je vois en ce moment même une malade de soixante-sept ans que Péan a opérée il y a seize ans pour un fibrome utérin qui donnait des pertes incessantes. L'utérus et ses fibromes ont été enlevés par hystérectomie vaginale. Actuellement cette malade a un volumineux carcinome du sein gauche avec adhérences à la peau et au grand pectoral.

Et nous en arrivons à cette mystérieuse pathogénie des néo-

plasmes que Verneuil a tant cherché à dépister, sans y parvenir d'ailleurs, et qui, je le crains, n'est pas près d'être élucidée.

Là je m'arrête et je ne suivrai pas M. Richelot sur ce terrain semé d'embûches. Il n'est pas défendu de s'y aventurer, mais je craindrais pour ma part de commettre quelque hérésie au point de vue histologique. Je me borne donc à conclure ainsi : Lorsqu'on voit une récidive maligne survenir après une hystérectomie pour fibromes utérins, il y a deux cas à considérer :

1° On avait affaire primitivement à une tumeur de mauvaise nature malgré son aspect macroscopique ;

2° Il s'agissait d'une malade « vouée aux tumeurs », par sa constitution, qui a pu faire, suivant son âge, des lipomes, des fibromes, etc..., et enfin du cancer.

Dans ces deux éventualités, ce n'est pas l'hystérectomie totale qui aurait soustrait les malades à leur hérédité ou à leur nature propre. J'entends bien qu'il serait préférable d'enlever le col si on était assuré d'avance de la nature maligne de la tumeur utérine. Mais quand, macroscopiquement, rien n'attire l'attention, il me paraît absolument illogique de faire subir à toutes les malades une opération notoirement moins innocente, sous le prétexte qu'une fois sur cent au maximum une nouvelle tumeur peut se montrer dans le col. Et encore n'est-il pas prouvé que — le col enlevé — cette récidive n'eût pas eu lieu dans le péritoine ou ailleurs.

M. Richelot répondra que ce raisonnement pèche par la base, puisque je dis de la subtotale qu'elle est « notoirement moins innocente » que la totale, alors qu'il ne voit absolument aucune différence dans le pronostic de l'une et l'autre opération. Il est clair que partant de prémisses aussi différentes il serait surprenant que nos conclusions fussent semblables. M. Richelot est logique avec lui-même : mais je pense ne pas l'être moins.

Je dirai un mot en terminant sur la myomectomie abdominale. Pour moi c'est une opération qui a des indications extrêmement limitées. Depuis plus d'un an je cherche en vain un cas où l'opération aurait pu être faite sans courir le risque de laisser des fibromes dans le tissu utérin. Quand j'entends vanter les bienfaits de cette méthode, je me demande en vérité si mes malades sont toutes des exceptions. Sinon il faut que mon optique diffère singulièrement de celle des myomectomistes. Je considère que cette opération, peut-être défendable chez quelques jeunes femmes, doit être proscrite au-dessus de 45 ans.

Nous nous trouvons en somme en présence de 3 opérations : la totale, la subtotale et la myomectomie. La sagesse est ici, comme souvent, dans le juste milieu.

Lecture.

M. MORESTIN lit une communication intitulée : *Volumineux angiome de la lèvre inférieure. Extirpation. Cheiloplastie.* — (Renvoyé à une Commission dont M. FAURE est nommé rapporteur.)

Présentations de malade.

Présentation d'un malade atteint de coxa vara gauche.

M. ED. SCHWARTZ. — J'ai l'honneur de vous présenter ce jeune malade dont voici l'observation rédigée par notre interne M. Ricou.

E... (P...), cultivateur, âgé de dix-neuf ans, entre à l'hôpital Cochin, service de M. Schwartz, le 16 octobre 1903, pour une affection de la hanche gauche.

Antécédents héréditaires. — Parents inconnus.

Antécédents personnels. — Rougeole à l'âge de trois ans. Coqueluche à l'âge de cinq ans. Le malade dit avoir éprouvé dans son enfance de vives douleurs le long des membres inférieurs, douleurs assez vives mais fugaces et n'ayant jamais nécessité le séjour au lit.

De dix à douze ans, furonculose généralisée dont le malade porte encore les cicatrices très marquées.

Le début de la maladie actuelle remonte au mois de novembre 1902. Le malade ressentit d'abord de vives douleurs après les fatigues de la journée, localisées à l'aine gauche et paraissant superficielles. Le sujet ne rapportait pas ces douleurs à la hanche dont les mouvements étaient libres et non douloureux.

Au bout de deux ou trois mois, les douleurs augmentent mais sont considérablement diminuées par le repos. Cela dure jusqu'au mois de juillet dernier. A ce moment, tout travail devient impossible, car les moindres mouvements de la hanche s'accompagnent de contracture douloureuse.

Mais au printemps de cette année, la malade raconte qu'il a eu la jambe gauche piétinée par un bœuf et que ce traumatisme l'a tenu deux mois au lit. Mais sa hanche, dit-il, n'aurait pas été intéressée, et il n'y aurait pas eu fracture.

Depuis lors cependant, le malade boite et cette boiterie s'explique par un raccourcissement marqué du membre malade, 5 centimètres au dire du malade, et suivant les constatations d'un médecin. Ne pouvant alors appuyer son talon gauche sur le sol, le malade marche sur la pointe du pied. Diminution aussi du volume du membre. Le médecin, consulté, diagnostique la coxalgie.

Etat général excellent pendant toute cette période.

Le malade entre à l'hôpital de Médéah le 5 août 1903. A ce moment, impotence fonctionnelle absolue à cause de la douleur et de la contracture. *On soupçonne la coxalgie sans l'affirmer.* On applique l'appareil à extension continue de Tillaux qui reste quinze jours à demeure sans aucune modification des phénomènes douloureux. Cet appareil est remplacé par un appareil plâtré prenant la cuisse et le bassin. Le résultat fut un soulagement immédiat et total. Le raccourcissement du membre aurait alors diminué quelque peu. On défendit au malade de poser le pied gauche sur le sol; on lui ordonna des béquilles et une chaussure surélevée à droite.

C'est dans ces conditions que le malade vient à Paris, portant encore son appareil plâtré.

Etat actuel. — A l'entrée à Cochin (16 octobre 1903), l'appareil est enlevé et on constate :

A l'inspection. — Epines iliaques antérieures et supérieures sur le même plan. Membre malade mis à côté du sain est, à vue d'œil, notablement raccourci et atrophié; il est en très légère rotation externe. Elévation du pli fessier du côté malade avec aplatissement de la fesse. Pas de modification appréciable de la colonne vertébrale.

A la palpation. — Rien dans la fosse iliaque, un peu de douleur à la partie interne du triangle de Scarpa. A gauche, le trochanter est plus rapproché qu'à droite de la crête iliaque.

A la mensuration. — La distance entre l'épine iliaque antéro-supérieure et la pointe de la malléole interne est :

A droite, 88 centimètres; à gauche, 86 centimètres.

La circonférence du membre prise à la partie moyenne de la cuisse est :

A droite, 46 centimètres; à gauche, 41 centimètres.

Prise à la partie moyenne du mollet, elle est :

A droite, 33 centimètres; à gauche, 31 centimètres.

La distance du trochanter à la crête iliaque est :

A droite, 13 centimètres; à gauche, 11 centimètres.

A la marche. — Le malade boite, appuyant très légèrement son talon gauche sur le sol et marchant sur la pointe du pied avec tendance à la rotation externe du membre. Presque pas de douleur à la marche; un peu de gêne seulement de la jambe et du genou avec sensation de faiblesse générale du membre tout entier.

Quand le malade se tient debout, on remarque très bien qu'il n'appuie sur le sol que la pointe du pied. Les empreintes sur noir de fumée le montrent très bien.

A l'examen de l'articulation. — Les mouvements ont une étendue presque normale sauf cependant la *flexion* exagérée un peu douloureuse et l'*abduction* de la cuisse assez limitée, l'épine iliaque suivant le mouvement de la cuisse à partir d'un certain moment.

Etat général excellent. Aucune température. Aucune lésion du squelette. Aucune trace notable de rachitisme. M. Schwartz, soupçonnant la

coxa vara chez le malade, celui-ci est envoyé à la radiographie. La radiographie confirme le diagnostic.

Je me demande, Messieurs, quelle peut être l'origine de cette difformité du col du fémur, étant donné que je n'ai trouvé chez ce malade aucune trace de rachitisme, ni aucun traumatisme suffisant. Peut-être s'agit-il, chez lui, d'une ostéomyélite de croissance avec déformation du col et hyperostose; la déformation aura pu être accentuée par le traumatisme subi.

Que faire chez lui? C'est là une dernière question que je pose à mes collègues compétents en la matière. Pour moi, je penche pour une ostéotomie sous-trochantérienne.

Rhumatisme blennorragique noueux.

M. Henri Hartmann. — Le malade que je vous présente et qui est âgé de vingt-sept ans est porteur d'un léger écoulement urétral qui n'a jamais disparu complètement depuis deux ans et demi, époque où il eut une blennorragie. Il y a un an et demi, il a eu une arthrite du genou droit avec épanchement considérable, guérie en trois mois par l'immobilisation, la révulsion, puis le massage.

Depuis trois mois, il présente une série de poussées inflammatoires au niveau des petites articulations de la main et du pied; la tuméfaction et les douleurs subissent de grandes variations, mais ne disparaissent jamais complètement. Je serais très heureux d'avoir l'avis de la Société sur le meilleur traitement à opposer à ces lésions.

Prostatectomie périnéale chez un vieillard, porteur d'une lésion cardiaque. Guérison.

M. Henri Hartmann présente un malade, dont voici l'observation :

J. L..., soixante-quatorze ans, entre le 3 août 1903 à l'hôpital Lariboisière. Il y a deux ans, a commencé à souffrir de fréquence dans les mictions, d'urines troubles, d'amaigrissement. Depuis dix-huit mois, ne peut uriner qu'avec la sonde; depuis huit jours, a des urines rouges, surtout au début de l'écoulement par la sonde; depuis hier n'a pas pu se sonder.

On met une sonde à demeure. Pendant les mois d'août et de septembre, on enlève à diverses reprises la sonde, mais chaque fois la rétention persiste et l'on ne peut passer qu'avec un mandrin.

M. Michon, qui nous remplaçait, hésitait cependant à pratiquer la prostatectomie, parce que le malade était âgé, gras, et que les battements cardiaques étaient très irréguliers.

Après nous être assuré, par une injection de bleu de méthylène, que l'élimination rénale se faisait normalement, nous nous décidons à opérer le 5 octobre dernier.

Le périnée est épais et gras, la prostate est développée en avant de l'urètre et latéralement; elle ne se laisse pas abaisser et, de plus, ne peut être enlevée que par morcellement.

L'ablation terminée, nous plaçons un drain périnéal. La masse enlevée pesait 48 gr. 80.

Le 6 octobre, la température est normale, mais le pouls est plus irrégulier que jamais.

Le 8 octobre, diarrhée.

Le 10, nous enlevons le drain et mettons une sonde à demeure. Cette sonde est changée le 16, le 21, le 25, et enlevée définitivement le 27.

Le jour même, le malade urine spontanément par la verge.

Le 31 octobre, nous commençons à passer des béniqués.

Le malade est aujourd'hui guéri, il urine normalement; le cathétérisme permet cependant de constater qu'il y a un résidu de 50 centimètres cubes.

Nous avons cru devoir vous présenter ce malade, parce qu'il constitue un exemple des plus encourageants en faveur de la prostatectomie périnéale. L'opération a été pénible; le malade avait soixante-quatorze ans, un cœur qui battait la breloque. Il a cependant guéri sans le moindre accroc, et se trouve comme il n'a jamais été depuis plusieurs années.

Présentations de pièce.

Fibrome du cordon

M. Monod présente une tumeur du cordon qui semble de nature fibreuse. Elle s'était développée en six ou sept ans chez un homme de soixante-neuf ans qui n'en souffrait aucunement et qui était entré à l'hôpital pour des troubles vésicaux d'origine prostatique.

La production tout en paraissant intimement unie à l'épididyme et au canal déférent en était en réalité indépendante et a pu en être séparée par dissection au cours de l'opération. De fait l'exérèse a pu se limiter à la tumeur seule, le testicule, l'épididyme et le canal déférent étant conservés.

Cette tumeur est présentée par M. Monod en raison de la rareté relative des cas de ce genre et pour que le fait soit consigné dans le Bulletin.

M. Peyrot. — J'ai opéré un cas semblable. Il s'agissait d'un sarcome du cordon; dès que la gaine fibreuse a été ouverte j'ai pu énucléer la tumeur en laissant intacts les éléments du cordon.

M. Monod. — La tumeur a été enlevée ce matin, l'examen histologique sera fait; il est possible que, comme dans le cas de M. Peyrot, il s'agisse d'un sarcome ou d'un fibro-sarcome.

Fracture spontanée de la jambe droite (tibia seul). Radiographie, artère athéromateuse.

M. Lucas-Championnière. — L'histoire des fractures dites spontanées est si peu faite qu'il est intéressant d'enregistrer tous les documents qui la concernent.

Le sujet de cette observation est un homme de cinquante et un ans d'assez bon aspect, porteur aux halles, vigoureux, puisqu'il porte régulièrement des poids de 100 kilogrammes.

L'an dernier, le 30 août 1902, en faisant un effort, il ressentit une vive douleur à la cuisse droite, ne tomba pas, fut soutenu par des camarades, puis porté à l'hôpital. Il avait une fracture du tiers inférieur du fémur droit.

Soigné à Saint-Antoine par un appareil de Hennequin assez irrégulièrement appliqué, il quitta l'hôpital pour Vincennes, marchant.

Depuis, et peu à peu, il a repris son travail, tout en ayant perdu de la vigueur et en boîtant notablement.

Il a un cal volumineux au niveau du tiers inférieur de la cuisse droite, et un raccourcissement d'environ 5 centimètres.

En 1903, le 29 octobre, au moment où il portait un fardeau, il fut pris d'une douleur vive dans la jambe droite. Il était à ce moment bien portant, car il avait à nouveau soulevé et transporté des poids de 100 kilogrammes.

On l'apporta à l'hôpital, et il se plaignit de ne pouvoir marcher sans douleur.

L'examen du membre ne montrait aucune condition anormale, sauf de la douleur au niveau de l'épiphyse supérieure du tibia.

Le 5 novembre, soit six jours après son entrée à l'hôpital, il fut possible, dans un nouvel examen, de constater une mobilité anormale au niveau du tiers supérieur du tibia, alors que les examens précédents n'avaient rien révélé de semblable.

La radiographie, faite deux jours plus tard, montre la fracture qui siège au quart supérieur du tibia. Le trait est bien horizontal. On aperçoit en bas le tronc de la tibiale postérieure qui est athéromateuse. (Il est facile de le constater sur le sujet, en arrière de la malléole interne.)

Il est bien curieux de constater que, dans ce cas, la fracture due évidemment à un effort, n'a pu donner de mobilité réelle que

plusieurs jours après l'accident, alors que le sujet n'a point continué à marcher.

Il est curieux aussi que sa fracture de cuisse se soit réparée en temps normal avec un cal volumineux.

Kyste du ligament large gauche. Prolongement extra abdominal, ablation, marsupialisation d'une partie de la poche.

M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE. — La pièce que je présente me paraît fort rare. Au moins n'en ai-je jamais vu de semblable pendant ma longue carrière.

Une femme âgée de trente-cinq ans s'est présentée à moi, me racontant l'histoire suivante. En 1895 elle avait des coliques violentes, des difficultés pour aller à la selle, mais pas de gros ventre. Elle fut endormie et opérée chez elle par un chirurgien dont elle n'a pu me dire le nom. Après l'opération on lui dit qu'elle avait un kyste sur l'intestin et le rein? Elle se remit, mais depuis ce temps son ventre grossit peu à peu et depuis peu il est devenu d'un volume énorme. Actuellement, il est tendu, fluctuant. Il a présenté tous les caractères d'un ventre contenant un kyste ovarien.

Mais à la partie inférieure du ventre, au dessus du pubis, une tumeur plus volumineuse que le poing fait saillie à l'extrémité inférieure d'une cicatrice qui remonte jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur contient du liquide, elle est réductible en partie. Il est vraisemblable qu'elle est constituée par un prolongement péritonéal dans l'éventration et contient du liquide ascitique.

Opération le 17 novembre 1903. — L'ouverture du ventre montre que le kyste volumineux est à parois très épaisses, adhérent de toutes parts. La dissection en est très laborieuse, après évacuation de dix litres de liquide. Il se continue avec la tumeur saillante de la paroi abdominale qui est un prolongement du kyste. C'est une partie de la poche kystique qui a traversé la cicatrice pour se loger au dehors du ventre.

Le kyste qui est à gauche de l'utérus est dans le ligament large. L'uretère est au-dessous disséqué dans une étendue de 10 centimètres environ, puis il est impossible de continuer et une partie de la poche est laissée en place.

Au dessus de la poche large drainage, avec gaze et tubes de caoutchouc. Il est assez difficile de se rendre compte du mode de formation de cette lésion. Comment ce kyste a-t-il pu sortir de l'abdomen en quelque sorte pour venir se mettre sous la peau comme une hernie, en contractant avec cette peau des adhérences extrêmement solides?

Mon hypothèse est la suivante :

Je pense que le premier opérateur a trouvé en faisant une laparotomie un kyste qu'il n'a pas pu disséquer.

Il a laissé ce kyste en place et dans la partie inférieure de la plaie, et celui-ci a contracté une adhérence très solide en ce point.

Peu à peu le kyste s'est développé, a pris de grandes proportions, et nous a mis en présence de cette difformité un peu extraordinaire.

Ce kyste est du reste, comme vous pouvez le voir d'une épaisseur très rare. Il était fusionné avec les parois du petit bassin et déprimait à droite l'utérus, de façon à l'enfouir et à le faire disparaître complètement.

L'opération a été extrêmement laborieuse, mais la malade l'a bien supportée, et j'espère qu'elle en guérira bien.

M. Pozzi. — J'ai vu un cas de tumeur située hors du ventre et analogue à celui de M. Championnière. Il s'agissait d'un fibrome qui s'était développé chez une femme atteinte d'une éventration ; comme dans le fait qui vient de nous être signalé la tumeur était adhérente à la peau.

M Hartmann. — J'ai vu un kyste de l'ovaire semblable à celui qui vient de nous être présenté. Il s'agissait également d'une femme déjà opérée et marsupialisée; en proliférant secondairement le kyste avait envahi la cicatrice et se présentait au niveau de l'éventration secondaire sous forme d'une tumeur arrondie et bleuetée.

Elections.

Nomination d'une Commission chargée d'examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire de la Société de Chirurgie.

Nombre des votants : 0

M. Michaux	obtient	31	voix.
M. Schwartz	—	30	—
M. Faure	—	32	—
M. Richelot	—	2	—
M. Jalaguier	—	1	—
M. Félizet	—	1	—

En conséquence MM. Schwartz, Michaux, et Faure sont nommés membres de la Commission.

Le Secrétaire annuel,
Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1903

Présidence de M. Kirmisson.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

M. Poirier retenu par son cours adresse la lettre suivante :

« Un mot seulement pour mettre fin à une discussion devenue inutile puisque nous sommes maintenant tous d'accord ou à peu près.

« Après Reclus, Walther, Sebileau, Potherat, nos collègues Lejars et Tuffier sont venus nous dire qu'ils avaient, eux aussi, vu sur le vivant, et non sans étonnement, le péricarde tel que je vous l'ai représenté, sans aucune apparence d'un sac tendu et paraissant faire corps avec le cœur en mouvement.

« Reynier seul persiste à refuser toute flexibilité au péricarde. Il écrit « mais, quand il est en place, fixé par en haut et par en bas, sans qu'on dise pour cela qu'il soit très tendu, sa flexibilité cesse d'exister ».

« Libre à Reynier de loger le cœur dans une enveloppe inflexible.

« Par ailleurs, notre collègue, ayant examiné ce qui se passe

sur un chien et ayant vu les deux feuillets de la séreuse se mettre en contact au niveau du sinus que j'ai décrit, renonce à douter que les deux feuillets d'une séreuse restent en contact permanent.

« Ce résultat me suffit.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Monod. — Des deux points touchés par M. Richelot dans sa communication, la cancérisation possible du moignon utérin conservé dans l'hystérectomie subtotale, et la préférence que l'on doit, pour cette raison, donner à l'hystérectomie totale, je ne veux dire un mot que du premier — ayant déjà eu occasion, au commencement de cette année, d'exprimer mon opinion sur la valeur relative des hystérectomies totale et subtotale dans l'ablation des fibromes.

Richelot, au sujet de la dégénérescence cancéreuse du moignon utérin de la subtotale, nous faisait remarquer que l'hypertrophie de la muqueuse, portant particulièrement sur les glandes, — hypertrophie qui accompagne ordinairement la fibromatose utérine, — favorisait l'éclosion du cancer, l' « adénome malin » qui n'est autre qu'une étape du carcinome succédant à l' « adénome bénin ».

Or, comme le faisait justement observer M. Tuffier, il n'est pas un de nous qui, au cours d'une hystérectomie subtotale, après ouverture de la cavité du col, n'ait soin de détruire le plus exactement possible, par cautérisation ou par résection, la muqueuse cervicale.

Mais notre collègue ajoute, à tort me semble-t-il, qu'il ne voit pas bien après cela quelle peut être la prédisposition de l'utérus même scléreux à la cancérisation, « car je ne sache pas », dit-il, « que la dégénérescence scléreuse d'un organe soit en pathologie générale ou spéciale une cause pathogénique de l'épithélioma ».

Mon ami et collègue le Dr Macaigne, chef de mon laboratoire à Saint-Antoine, avec lequel je m'entretenais de ce petit point d'anatomie pathologique, me disait qu'il était au contraire aujourd'hui d'enseignement courant que la sclérose d'un organe peut le prédisposer à la dégénérescence cancéreuse.

Ce fait ressort entre autres des recherches de Ménétrier (1) sur

(1) Ménétrier (P). Cancer primitif du poumon, *Bull. de la Soc. anat.*, 1886, 4e sér., t. XI, p. 640 (646).

le cancer du poumon. Cet auteur, ayant observé dans un cas que la lésion s'était développée au sein d'un lobe pulmonaire sclérosé d'ancienne date, était conduit à admettre que l'épithélium alvéolaire, modifié par la sclérose et revenu à l'état embryonnaire, avait dû constituer un terrain favorable au développement du cancer. Cette sclérose n'était-elle pas due à la germination cancéreuse ?

M. Marfan (1), qui dans le *Traité de médecine* reproduit et semble partager cette opinion, rappelle que cette coexistence de sclérose et de cancer s'observe dans d'autres organes, dans le foie et le rein, par exemple, et nous ajouterons, avec M. Macaigne, dans l'estomac.

L'adénome du foie qui est considéré par Hanot et Gilbert (2) comme une variété de l'épithélioma primitif du foie a, d'après Sabourin (3), des relations certaines avec la sclérose de cet organe. Il n'est pas rare de trouver dans le cancer primitif du foie des zones de parenchyme hépatique en transformation adénomateuse, circonscrites par des anneaux de sclérose ancienne (Macaigne).

Il est, d'autre part, depuis longtemps admis que, dans l'estomac, le cancer greffé sur un ancien ulcère dérive de la transformation néoplasique des culs-de-sac glandulaires engloutis dans le tissu fibreux qui constitue la cicatrice de l'ulcère (Macaigne).

Cela posé, et la sclérose du petit moignon utérin de l'hystérectomie subtotale étant la règle, on comprend que la dégénérescence cancéreuse de ce moignon puisse se faire, suivant un processus analogue à celui que nous venons de décrire, par retour à l'état embryonnaire et prolifération des cellules des culs-de-sac glandulaires enserrés dans la sclérose cicatricielle — la cautérisation n'ayant pas détruit la partie profonde des glandes.

On expliquerait ainsi la cancérisation du moignon utérin de la subtotale dans les cas rares où elle a été observée.

Quelque sévère en effet qu'ait été la critique à laquelle ont été soumises les observations rapportées par M. Richelot, il n'en reste pas moins qu'elles ne sont pas toutes sans valeur — comme le démontrerait, au besoin la communication que M. Guinard nous a faite dans notre dernière réunion.

La dégénérescence cancéreuse en pareil cas serait donc non seulement un fait avéré, mais il serait possible de rendre compte de la façon dont l'incident se produit.

(1) Marfan. *Traité de médecine* de Bouchard et Brissaud, 2e édit., Paris, 1901, t. VII, p. 82.

(2) Hanot et Gilbert. *Étude sur les maladies de foie*. Paris, 1888, et *Manuel de médecine* de Debove et Achard. Paris, 1895, t. VI, p. 246.

(3) Sabourin. *Manuel de médecine* de Debove et Achard. Paris, 1895, t. VI p. 246.

Malgré l'appui que je semble par là apporter à la manière de voir de M. Richelot je ne puis comme lui conclure à la supériorité de l'hystérectomie totale sur la subtotale. Je me range sur ce point, et pour les mêmes raisons, à l'avis de ceux de nos collègues qui ont pris la parole dans cette discussion. Ce serait une répétition inutile que de reprendre une argumentation déjà abondamment faite.

M. Rochard. — Je tenais à apporter à la Société un fait qui vient s'ajouter à ceux qui ont été cités par M. Richelot, de dégénérescence épithéliomateuse du col après hystérectomie subtotale.

L'an dernier, je recevais une lettre de notre regretté collègue Bouglé, qui me disait avoir examiné dans le service de M. Reynier une femme atteinte d'épithélioma du col, et qui avait été autrefois opérée par moi d'un fibrome.

J'adressai cette observation à Bouglé, ce qui fait que je ne peux la donner aujourd'hui *in extenso*, mais j'ai revu il y a quatre mois cette malade atteinte, en effet, d'un épithélioma ayant envahi le petit bassin. Je lui avais pratiqué en 1898, c'est-à-dire quatre ans avant la constatation première de son épithélioma du col, une hystérectomie subtotale qui n'avait, du reste, donné lieu à aucun incident particulier.

La question de l'hystérectomie totale remplaçant la subtotale, posée aujourd'hui par M. Richelot, se présenta alors à mon esprit; mais pour les raisons indiquées par les différents orateurs qui ont pris part à cette discussion et sur lesquelles il est inutile de revenir, je continuai et je continuerai à pratiquer l'hystérectomie subtotale qui, par sa simplicité et sa bénignité, me paraît très supérieure.

M. Walther. — Au moment de la communication de M. Richelot, j'avais demandé la parole pour dire que l'hystérectomie subtotale me paraissait d'une exécution plus facile et plus rapide que l'hystérectomie totale, et qu'à moins de raison sérieuse contraire je lui donnerais toujours la préférence.

Depuis cette séance, plusieurs de nos collègues, inscrits avant moi, ont développé beaucoup mieux que je ne saurais le faire les arguments que je comptais employer. Je crois donc inutile d'abuser des instants de la Société, et de répéter ici tous ces arguments.

Je me borne à dire que je trouve l'hystérectomie subtotale plus simple, plus facile, d'une exécution plus rapide.

D'autre part, je dois dire, à titre de document à apporter à cette discussion, que jamais, après les très nombreuses hystérecto-

mies partielles pour fibrome que j'ai pratiquées par divers procédés, depuis plusieurs années, depuis 1890, je n'ai observé de dégénérescence cancéreuse secondaire du moignon cervical.

Communication.

Le traitement des fractures.

par M. HENNEQUIN.

Dans la séance qui a précédé les vacances, M. Delbet est revenu sur les appareils de marche et les avantages qu'ils présentaient, avantages que j'ai ramenés à leur juste valeur dans un article de la *Revue d'Orthopédie*. Il ne s'agissait de rien moins, selon leur promoteur, de rendre à la vie active les blessés atteints d'une fracture d'un des segments du membre inférieur; quelques jours de repos après l'accident, suffisaient pour reprendre leurs occupations et vaquer à leurs affaires. On a dû en rabattre, et beaucoup.

Je me suis assez longuement étendu sur cette question pour ne pas y revenir. A ce moment, je croyais qu'on devait entendre par appareil de marche un moyen de contention assez puissant, assez sûr, pour empêcher les fragments, après réduction, de se déplacer, et par conséquent permettre aux blessés de marcher sans le secours d'aucun tuteur (béquilles, béquillons, cannes, bras d'un ou de plusieurs aides). Quand je vis les malades de M. Reclus arriver en voiture, flanqués chacun d'une paire de béquilles dont ils se servaient pour monter et descendre les escaliers, mais qu'ils laissaient dans l'antichambre pour venir faire quelques pas plus ou moins assurés dans la salle des séances; quand je vis ceux de M. Delbet, l'un, adolescent, marcher avec une canne à une époque déjà éloignée du début de la fracture; l'autre, adulte, avec une béquille et un béquillon, je me suis demandé quels grands avantages pouvaient avoir ces appareils sur ceux que vous appliquez journellement dans vos services, et avec lesquels j'ai vu plusieurs fois des blessés marcher et même courir sans votre autorisation. Retenu dans les salles après la visite, j'ai entendu des malades, en cours du traitement d'une fracture de jambe appareillée, réclamer instamment le vase. Cette demande réitérée deux ou trois fois restait-elle sans réponse, et le cas devenant urgent, on voyait ces impatients et, pour cause, sauter à bas

de leur lit, et se diriger, les uns en marchant, les autres en courant, vers un endroit impérieusement convoité. Alors, messieurs, vous avez fait des appareils de marche sans le savoir et sans le vouloir.

On a décrit avec force détails la pose et la confection de ces appareils. Leurs points d'appui ont été l'objet d'un examen attentif et d'une appréciation rigoureuse.

Quand vous réduisez une fracture, ne chargez-vous pas un aide de maintenir le membre dans la position la plus favorable à la coaptation des fragments? Dans tel cas, vous faites une traction vigoureuse, en imprimant un certain degré de rotation au segment inférieur; ailleurs, vous exercez une pression directe sur l'extrémité déviée d'un fragment pour lui faire reprendre sa place. Est-ce que le segment du membre n'est pas maintenu dans la position la plus favorable à la réduction pendant tout le temps nécessaire à l'application et à la dessiccation de l'appareil plâtré; ne prenez-vous pas vos points d'appui sur les régions qui présentent le plus de résistance, de sécurité et de tolérance? Alors qu'y a-t-il de nouveau dans les appareils de marche, inventés en Amérique et réédités en Allemagne, en dehors de leur nom un peu prétentieux? Il y a, qu'ils auront servi à nous faire modifier une pratique trop sévèrement appliquée, bonne dans certains cas, mais pas toujours utile; je veux parler de l'immobilité prolongée des membres fracturés, et du maintien sévère des blessés dans leur lit. En nous démontrant l'innocuité des mouvements modérés, non pas au début, mais dans le cours de la consolidation, les appareils de marche ont droit à la reconnaissance d'un certain nombre de fracturés. Mais si ces derniers ne peuvent franchir un certain espace qu'appuyés sur des béquilles ou des cannes, ces appareils ne sont que des tuteurs, parfois malheureux, ajoutés aux autres; je dis malheureux, car en Amérique, leur pays d'origine, ils ont été la cause d'ankyloses, de gangrènes ayant nécessité des amputations et enfin de morts.

Chez des sujets débilités, peu musclés, ou sans énergie, ces appareils de mouvement peuvent devenir des appareils d'immobilité. Je vais en citer un exemple : Une femme d'environ quarante-cinq ans, petite, maigre, était soignée pour une fracture de cuisse par un appareil, *dit de marche*, appliqué par un professeur très estimé d'une Faculté étrangère. L'appareil en plâtre, qui comprenait le pied, la jambe, la cuisse, et le bassin, remontait jusqu'au-dessus des fausses côtes. Il formait une cuirasse très épaisse, très lourde, d'environ 10 kilogrammes, lestant la malade, qui, non seulement ne pouvait pas se lever, encore moins marcher, mais même se bouger. Comme on refusait de l'enlever, elle

demanda son *exeat*, se fit transporter chez elle, où il fallut trois heures d'un travail continu pour l'en délivrer.

Pour M. Delbet, les appareils de marche exclusivement contentifs (et sur ce point nous sommes absolument d'accord) auraient pour but (selon son expression imagée) de *figer l'extension*, en prenant des points d'appui; en haut, sur l'ischion, le pubis et peut-être le grand trochanter; en bas, sur les condyles du fémur, tendant une tige rigide (ou plutôt un cylindre) entre ces points d'appui. Or, l'extension et la marche sont deux forces opposées: la première tend à séparer les fragments, la seconde à les rapprocher. De sorte qu'un point d'appui capable de résister à une pression représentée par la tonicité et la contraction musculaires pourrait bien céder ou se dérober lorsqu'il vient s'y ajouter le poids du corps comme dans la marche.

L'ischion est de beaucoup le point d'appui le plus sérieux et le mieux disposé, à la condition que le sujet ne soit ni trop gras ni trop musclé. Quant au pubis, il ne servait à rien dans les deux cas que j'ai observés; celui de cette femme dont je viens de vous parler et celui de M. Delbet; chez l'un comme chez l'autre, le bord supérieur interne du cylindre plâtré était distant de deux travers de doigt de la branche horizontale du pubis, qui n'aurait été mise à réquisition, que si l'appareil avait subi un mouvement ascensionnel de 3 à 4 centimètres.

Les tubérosités des fémurs, points d'appui inférieurs sont sous-cutanées, et le plan incliné qu'elles font avec les faces latérales de la diaphyse fémorale est à angle tellement aigu, qu'il faut une pression énorme pour empêcher le glissement de l'anneau inférieur du cylindre plâtré; par conséquent, on s'expose à produire des escarres qu'il serait impossible de soigner sans réséquer l'extrémité inférieure de l'appareil, sans renoncer à ce point d'appui et à la marche.

Bien des chirurgiens, et je suis du nombre, hésitent à créer un obstacle infranchissable entre leurs yeux et le foyer de la fracture, car des surprises fort désagréables peuvent les attendre.

L'appareil de marche pour la cuisse, d'un aspect élégant, que confectionne M. Delbet, exige une habileté que seuls les chirurgiens d'un service hospitalier peuvent acquérir. Il n'est et ne peut être que contentif, c'est entendu, et ne peut l'être que par ses extrémités en rapport avec les points d'appui; le seul rôle, à mon avis, du corps de l'appareil, est de servir de trait d'union. Dans la grande majorité des cas, il est impuissant à s'opposer aux déplacements de fragments aussi profondément enfouis dans des masses musculaires et cellulo-adipeuses aussi épaisses que celles de la cuisse.

J'admets que ces appareils puissent être utiles dans quelques

cas déterminés; mais étant données les conditions indispensables qu'exige une bonne application suivie d'un bon résultat, leurs indications ne seront pas fréquentes : car il faut : 1° que la fracture ne soit pas compliquée, car, quel serait le chirurgien assez osé pour enfermer dans un appareil sans ouverture, une plaie qui a bien des chances d'être septique; 2° que la réduction ait été obtenue; sans quoi les fragments seraient maintenus dans leur position vicieuse; 3° que la fracture soit récente; sans quoi la réduction serait nulle ou incomplète, et l'extension seule pourrait apporter quelque amélioration dans la position des fragments; 4° que les points d'appui soient assez dégagés pour arrêter les mouvements d'ascension ou de descente de l'appareil; 5° que la fracture ne soit ni intra ni sus-condylienne; 6° que la cuisse ne soit pas œdématiée ni infiltrée de sang; 7° que les téguments soient tolérants et résistants ; 8° que l'âge du blessé ne dépasse pas cinquante ou soixante ans au plus; qu'il ait une certaine vigueur corporelle et de la force de volonté; 9° il faut de l'habileté, des aides nombreux et beaucoup de temps.

Les enfants, qui n'ont encore aucun rôle dans la société, qui consolident rapidement, ne me paraissent pas devoir en retirer des avantages sérieux.

En tenant compte des contre-indications et des considérations précédentes, les fractures de la cuisse justiciables du traitement ambulatoire sont rares.

Le seul avantage, rarement justifié, que peuvent revendiquer les appareils de marche, c'est d'abréger de quelques jours l'état de souffrance pendant lequel resteraient des intérêts de famille, de commerce ou d'industrie.

A l'appui de la méthode de traitement dont il est le défenseur ardent et convaincu, notre collègue nous a fait un résumé très succinct de trois observations d'enfants âgés de dix, onze et douze ans, traités pour des fractures de cuisse par M. Dupuy, dans le service de M. Albarran.

Je n'ai pas besoin de faire ressortir combien diffèrent les résultats du traitement de ces fractures de cuisse chez les enfants et chez les adultes, et pour plusieurs raisons. D'abord, chez les premiers, les solutions de continuité ont souvent lieu sans déchirure du périoste, qui très épais et très résistant à cet âge, s'oppose au moins aussi efficacement aux déplacements des fragments, surtout selon la longueur, que le meilleur des appareils. La tonicité et les contractions musculaires étant moins énergiques, cèdent plus facilement et plus rapidement à la traction; les leviers osseux situés moins profondément, sont plus accessibles à l'action directe des appareils contentifs.

Exceptionnellement, le premier petit malade de M. Dupuy avait une de ces fractures obliques que M. Delbet « juge les plus faciles à réduire et à contenir, quand il n'y a pas embrochement, les fragments se servant pour ainsi dire de tuteur l'un à l'autre ». L'obliquité du plan de fracture est un obstacle, dans une certaine mesure, aux déplacements angulaires; mais en revanche elle favorise le chevauchement. Les extrémités acérées des fragments écartent les tissus mous au lieu de les refouler en masse comme dans les fractures en rave. Dans ces dernières, la réduction des fragments étant obtenue, bout à bout; le supérieur trouve sur l'inférieur un point d'appui très sérieux, si la pression que lui fait subir le poids du corps dans la marche se fait selon son axe statique; tandis que dans les fractures obliques, le fragment inférieur, sous l'influence de la pression transmise par le supérieur, ne trouvant qu'un point d'appui incertain sur le plan incliné de l'inférieur, glisse, écarte les tissus en les dilacérant, et remonte. Fracturez un fémur transversalement et remettez les fragments en place, vous pourrez exercer sur le supérieur une grande pression selon son axe, sans produire de chevauchement, tout au plus un déplacement angulaire. Au contraire, si la solution de continuité est oblique, il n'est pas nécessaire d'exercer une pression; le fragment supérieur, sous l'action de la pesanteur glissera sur l'inférieur et tombera aux pieds des condyles reposant sur le sol. Au point de vue mécanique, les fractures transversales sont bien plus favorables aux appareils de marche, lorsqu'elles sont réduites, que les fractures obliques.

Je reviens aux observations de M. Dupuy; dans les deux premières, le raccourcissement radiographique a été jugé de 1 à 1 centimètre et demi; dans la troisième, il n'en est pas question, mais comme il y avait un déplacement angulaire incompatible avec la longueur normale du levier fémoral, il faut bien admettre qu'il existait. Il n'y a pas eu de mensuration; la radiographie a été le seul moyen d'appréciation; or, M. Delbet, plus que tout autre, sait les erreurs qu'elle peut faire commettre quand on s'en rapporte exclusivement à ce qu'elle nous montre. Les déplacements angulaires et selon la longueur, constatés sur les clichés, ne doivent entrer en ligne de compte que quand ils ne sont pas infirmés par l'exploration manuelle, visuelle et une mensuration autant que possible géométrique.

Quelle valeur démonstrative, au point de vue de la puissance de contention des appareils de marche, peut-on accorder à ces trois observations? Douteuse, à mon avis; parce qu'il s'agit d'enfants et que chez eux, la réduction et la contention sont faciles en général, parce que la consolidation, se faisant plus rapidement que chez l'adulte on peut leur permettre de marcher bien plus tôt,

même avec des appareils moins parfaits que ceux qu'applique notre collègue; parce qu'enfin, il n'est fait aucune mention du temps écoulé entre l'accident et la marche avec ou sans tuteur.

Bien qu'au point de vue social, un mode de traitement qui abrégerait le temps nécessaire à la consolidation d'une fracture d'un des grands leviers du membre inférieur ait, chez l'enfant, une importance incomparablement moins grande que chez un adulte chargé de grands intérêts, il n'en est pas moins vrai que ces observations doivent être prises en considération dont certains états constitutionnels précaires (bien que les escarres soient moins faciles à éviter que chez l'adulte) malgré leur briéveté et des désidérata regrettables.

Le pouvoir contentif des appareils de marche serait-il aussi grand chez l'adulte? Si l'on en juge par les malades qui ont été présentés ici, la démonstration serait loin d'être faite. Vous vous rappelez sans doute ce grand adolescent que vous avez pu examiner en cours de traitement et après guérison, porteur d'une fracture en rave de la diaphyse fémorale, traitée par un appareil de marche appliqué sous traction par M. Delbet. La marche était assez facile avec une canne, la claudication était modérée. S'en rapportant exclusivement à la radiographie, notre collègue nous assura que les fragments étaient bout à bout, et qu'il n'existait pas de raccourcissement; cependant la mensuration accusait une différence de 5 centimètres entre les deux fémurs.

De deux choses l'une, ou la réduction avait été obtenue et l'appareil de marche avait été impuissant à la maintenir, ou elle avait été très imparfaite, et l'appareil n'avait pu que contribuer à *figer* les fragments dans leur position vicieuse.

Sans pouvoir rien affirmer, mon impression est, qu'après une réduction complète ou partielle, l'appareil n'ayant et ne pouvant avoir aucune action directe sur des fragments situés profondément, ceux-ci, sous la pression du poids du corps et de la contraction musculaire, ne trouvant pas une base solide dans la résistance incertaine et souvent éphémère de points d'appui recouverts d'une couche plus ou moins épaisse de tissus mous, ont repris leur position première que la marche n'a pu qu'aggraver.

Qui de nous, ayant soigné une fracture de cuisse simple chez un adolescent, se montrerait satisfait, si, à la levée de l'appareil, il trouvait le membre raccourci de 5 centimètres ; résultat fâcheux qu'un appareil à extension continue bien appliqué et bien dirigé, aurait à coup sûr conjuré.

Touchant à bien des points dans sa communication, notre collègue a bien voulu reconnaître quelques avantages à l'appareil que j'ai préconisé et dont je fais usage depuis plus de trente ans;

en revanche, il ne lui a pas épargné des critiques que je juge imméritées. Un des nombreux devoirs paternels étant de défendre ses enfants, surtout quand ils sont de bons sujets, je le suivrai, sans le moindre enthousiasme, sur ce terrain parsemé de fleurs et d'épines, dût-il en résulter quelque dommage.

Les principales critiques ont porté : 1° sur le maintien du membre en abduction, position qui, dans certaines fractures obliques des deux tiers inférieurs de la cuisse, favoriserait le déplacement des fragments ; 2° sur l'obliquité de la traction par rapport à l'axe du membre ; 3° sur la rotation externe du segment inférieur.

Je me suis demandé si M. Delbet connaît mon appareil à extension pour la cuisse; en tout cas, sa disposition, son maniement, son mode d'action ne lui sont pas familiers; car il saurait que la traction peut toujours être dirigée selon l'axe prolongé du fémur, soit que l'opérateur juge utile de mettre la cuisse en abduction, en adduction ou en position normale (c'est une affaire de fixation de poulie) ; qu'on peut maintenir le membre en rotation interne ou externe, sans aucun secours étranger, tout simplement en attachant la cordelette qui supporte les poids, en dehors ou en dedans du nœud du lacs extenseur. Notre collègue saurait que la traction, en prenant son unique point d'appui sur la face supérieure du mollet (la jambe étant fléchie à 45 degrés et transformée en levier du premier genre), est transmise intégralement aux condyles du fémur par l'intermédiaire des ligaments du genou (des expériences récentes ne me laissent aucun doute à cet égard) ; qu'en plus de la traction, puissant agent de réduction, on peut exercer une pression directe sur l'extrémité d'un fragment dévié au moyen de tampons d'ouate, en prenant des points d'appui sur la gouttière en fil métallique ou sur l'attelle antérieure ; que la face postérieure de la cuisse, reposant sur un plan invariablement régulier, n'est plus assujettie, comme dans l'appareil en diachylon, à se modeler sur les ondulations du matelas ; que la traction, et par conséquent le traitement, ne sont pas sous la dépendance du blessé qui, en se laissant glisser dans son lit, amène le nœud de la cordelette contre la gorge de la poulie annihilant ou rétablissant la traction à son gré.

Je ne ferai que signaler les excoriations et les escarres produites par le contact prolongé des bandelettes de paradrap avec les téguments. Néanmoins, je ne passerai pas sous silence les difficultés qu'ont les malades à se mouvoir et à s'asseoir ; tandis qu'avec l'appareil à traction scientifique, ils jouissent d'une grande liberté d'action, s'assoient et se couchent quand bon leur semble, sans porter le moindre préjudice à la régularité de la consolidation obtenue, dans la grande majorité des cas, sans le moindre raccourcissement.

C'est en présence de tous ces avantages, de cette supériorité indéniable que M. Delbet vient nous dire et nous répéter « qu'à son avis, l'appareil de M. Tillaux est celui qui donnait les meilleures réductions ». Comme preuve à l'appui, il nous apporte l'observation d'un enfant de douze ans, qui, à la levée de l'appareil réducteur par excellence, avait un raccourcissement de 4 centimètres, résultat, du reste, qu'il trouve déplorable. Inutile de dire que je suis de son avis sur ce point, regrettant notre désacord sur tant d'autres. Qu'on ne vienne pas me dire que les quelques minutes qu'a duré la pose pour tirer l'épreuve radiographique ont suffi aux fragments pour reprendre leur position première, la traction ayant été supprimée pendant ce court espace de temps. L'appareil à traction ne serait-il resté en place que pendant huit jours, eu égard à la rapidité avec laquelle se fait la consolidation chez les enfants, le raccourcissement qui aurait pu se reproduire dans l'espace de quelques minutes n'aurait pas dépassé 4 ou 5 millimètres, en supposant qu'il ait été corrigé.

Du reste, Hamilton, partisan convaincu de l'appareil composé de bandelettes agglutinatives, l'a employé dans quinze fractures de cuisse chez des adultes, et deux fois seulement, il a obtenu une consolidation sans raccourcissement, tout en faisant une traction de 9 à 12 kilogrammes.

Qu'est l'appareil de M. Tillaux, auquel M. Delbet reconnaît la plus grande puissance de réduction? Je l'ignore; à moins qu'il n'ait quelques ressemblances, une similitude peut-être, avec un autre que je connais bien pour l'avoir appliqué, légèrement modifié et enfin abandonné. A l'époque où je vais me reporter on l'appelait *appareil américain*, sans nom d'auteur.

En 1868, je présentai, à la Faculté de médecine de Paris, un mémoire intitulé « *Quelques considérations sur l'extension continue et les douleurs dans la coxalgie* ». A ma grande satisfaction, il fut couronné (prix Barbier). L'ayant retiré après la distribution des prix, il parut dans les *Archives générales de médecine* (numéros de décembre 1868 à février 1869). Je vous demande la permission d'en citer quelques passages relatifs aux agents moteurs et à leurs modes d'application ; à la valeur des points d'appui et de la transmission de la traction au levier à mouvoir; à l'action des muscles sur les fragments dans les diverses attitudes du membre inférieur, etc. Voici ces passages : « L'extension continue peut être faite au moyen d'un poids fixé au membre ou avoir pour base l'élasticité des métaux ou des tissus dans lesquels entre le caoutchouc...

« Dans ces derniers temps on a fait usage de bandelettes agglutinatives fixées sur une grande surface de l'enveloppe cutanée. Le seul obstacle au glissement était leur ouvoir adhésif. Je ne rap-

pelle qu'incidemment les éruptions, les excoriations qu'elles produisaient; mais le reproche le plus grave est de ne prendre leur points d'appui que sur les téguments... il en serait tout autrement, si les bandelettes prenaient leurs points de résistance sur des inégalités de surface comme les tubérosités du fémur ou le relief des jumeaux... Autant que possible appliquer la traction sur des points qui la transmettent directement aux leviers qu'elle doit mouvoir... J'arrive maintenant au mollet et aux condyles du fémur. Ils sont de beaucoup les points les plus utiles. Dans presque toutes mes expériences j'ai associé leurs moyens d'action. Obligé de renoncer au pied, j'ai fait plusieurs tentatives pour utiliser leurs inégalités de surface et leur faible susceptibilité. Deux entre autres m'ont satisfait. Dans la première, je dispose au-dessus des condyles du fémur et du relief formé par les jumeaux des circulaires de diachylon assez serrés pour les empêcher de passer par-dessus ces saillies, je les engage dans des boutonnières pratiquées dans deux bandes longitudinales placées de chaque côté du membre. Cette disposition empêche le glissement et donne une certitude presque absolue de l'efficacité de la traction, mais elle n'est pas sans inconvénient; souvent il se produit sous les circulaires des excoriations qu'on est loin de soupçonner, rapportant à la traction la douleur que la malade accuse... Le mollet et l'extrémité inférieure du fémur sont les chevilles ouvrières de l'extension continue; j'insiste sur ce fait, car, s'il était impossible de les faire servir à cet usage, il ne faut pas espérer un résultat final exempt de reproche. Ainsi dans la position rectiligne, le tronc étant placé horizontalement, les résistances musculaires ne présentent rien de particulier... Cette position est celle qu'on est obligé d'adopter lorsqu'on se sert de l'appareil américain. » J'en ai fini avec ces citations. Aujourd'hui je ne soutiendrais pas toutes les opinions émises dans ce mémoire; mais la majeure partie est encore défendable!

Ces expériences sur les points d'appui de l'application de la traction et les moyens de la fixer ont été faites en 1867, à l'hôpital Necker, dans le service de Désormeaux. Il y a par conséquent trente-six ans.

Les citations précédentes, quoique très écourtées, me paraissent suffisantes pour démontrer; *qu'en l'année* 1867, dans un grand service de chirurgie de Paris, il a été posé, pour fracture du fémur, *un appareil se composant d'une grande bande de diachylon formant étrier, appliquée sur les faces latérales de la jambe et du quart inférieur de la cuisse, consolidée par deux bandelettes de même nature enroulées circulairement, l'une au-dessus des condyles fémoraux, l'autre au-dessus du relief des gastro-cnémiens.*

Loin de moi toute pensée de revendication de priorité, bien que les modifications légères que j'ai ajoutées à *l'appareil américain*, ne soient pas sans valeur au point de vue de la transmission de la traction au levier à mettre en mouvement.

Maintenant je renouvelle ma question :

Qu'est l'appareil du professeur Tillaux?

S'il m'est démontré, qu'en dehors des modifications que je viens de signaler, un perfectionnement ou quelques dispositions heureuses ont été apportés par M. Tillaux à l'appareil américain, qui déjà réalisait un véritable progrès dans le traitement des fractures du fémur, il me serait très agréable de rendre pleine et entière justice au maître français que je tiens en haute estime.

Rapport.

Contribution au traitement des ruptures de l'urètre membraneux, par M. Paul Riche.

Rapport par M. BAZY.

Messieurs, vous m'avez chargé de faire un rapport sur un travail de M. Riche intitulé : *Contribution au traitement des ruptures de l'urètre membraneux.*

Ce travail a pour base une observation de rupture de l'urètre membraneux dans un cas de fracture du bassin.

M. Riche commence par rappeler qu'il existe deux variétés de rupture traumatique de l'urètre, l'une par chute à califourchon siégeant, dit-il, au niveau de la partie postérieure du bulbe et qui n'est pas toujours complète ; la deuxième complique une fracture du bassin, siège sur l'urètre membraneux au-dessus de l'aponévrose moyenne et n'est à peu près jamais incomplète.

Je ne lui chercherai pas querelle sur le caractère trop absolu de cette proposition, à savoir le siège un peu trop postérieur de la rupture par chute à califourchon, l'existence de ruptures par coup sur le périnée et les ruptures siégeant en d'autres points de l'urètre.

Les ruptures membraneuses sont, plus souvent qu'il ne le pense, incomplètes, et je pourrais lui citer, indépendamment des faits que j'ai signalés dans mon travail sur le rétrécissement membraneux tardif, un cas que j'ai observé de rupture du bassin avec déchirure de l'urètre dans laquelle la facilité relative du cathétérisme excluait toute idée de rupture complète avec écart des deux bouts de l'urètre.

Mais je ne saurais le suivre dans ses déductions quand il dit : l'indication thérapeutique est la même : placer une sonde à demeure du méat jusque dans la vessie et sur elle obtenir la séparation de l'urètre. Car un certain nombre de ruptures de l'urètre n'exigent pas de sonde à demeure.

Je pourrais, continuant à suivre son travail pas à pas, montrer que le traitement opératoire, je veux dire un traitement par incision, n'est pas le seul traitement de ces ruptures. Je ne le ferai pas, car M. Riche avait hâte, dans un cas justifiant et exigeant l'incision, de nous montrer que l'incision classique ne convenait pas aux cas de rupture de l'urètre membraneux et qu'il convenait de lui en substituer une autre, et aussi un autre mode opératoire.

Frappé, dans ses exercices de médecine opératoire relatifs à la prostatectomie qu'il avait faits avec son ami Proust, de la facilité avec laquelle on découvre le bec de la prostate et la portion membraneuse du canal, il avait résolu de mettre à profit ces connaissances dans le cas où il se trouverait en présence d'une déchirure de l'urètre membraneux.

Cette occasion s'est présentée à lui au mois de juin dernier dans le service de son maître et ami, M. Schwartz.

D..., âgé de trente-deux ans, tombe à plat ventre le 5 juin dernier au-devant d'une des roues de sa voiture qui passe entre ses cuisses puis sur la fesse gauche. Urétrorragie presque immédiate. Il est amené à Cochin immédiatement.

On essaie en vain de le sonder une heure après son entrée; le malade rend ensuite 100 grammes d'urine sanguinolente.

Deux heures après, nouvelle tentative de cathétérisme qui n'est pas davantage suivie de succès.

Ecchymose sus-pubienne, surtout à droite.

Ecchymose périnéale et scrotale, avec tuméfaction de la région.

Ventre assez souple, douleur à la pression sur le pubis surtout à gauche de la symphyse; cette même douleur existe quand on cherche à rapprocher les crêtes iliaques.

La pression sur le périnée est douloureuse et fait sortir par le méat quelques gouttes de sang.

Pas de toucher rectal; on détermine de la douleur dans la région membraneuse et aussi des deux côtés de l'excavation pelvienne, mais plus marquée à gauche, sur le pubis, où le doigt sent une saillie peu nette.

Le lendemain, 6 juin, le malade a rendu en plusieurs fois 100 grammes environ d'urine sanguinolente.

L'ecchymose abdominale et périnéale s'est étendue : pouls, 90, température, 38 degrés.

Tentative infructueuse de cathétérisme par M. Schwartz, qui charge alors M. Riche d'intervenir.

Position de la taille périnéale.

Incision biischiatique passant à un doigt de l'anus.

M. Riche pénètre, après section du raphé ano-bulbaire, dans une cavité située à gauche du bulbe, contenant des caillots sanguins et où les éléments constitutifs du périnée sont dissociés.

Le doigt reconnaît une fracture de la branche ischio-pubienne gauche.

Une sonde en gomme introduite par le méat ressort par la plaie.

En examinant le fond de la plaie, là où est la prostate, M. Riche voit une petite saillie d'aspect muqueux dans laquelle une sonde cannelée s'engage facilement : c'est le bout postérieur de l'urètre, distant de deux centimètres du bout antérieur.

Une sonde introduite dans la vessie retire 250 à 300 grammes d'urine.

Les tentatives de suture faites par M. Riche échouent : car le catgut, qu'il place, déchire les tissus.

Une mèche de gaze stérilisée est placée mollement de chaque côté de la rupture.

Les angles de l'incision sont suturés.

Les suites ne furent pas simples. Cinq jours après, 9°, diarrhée. La sonde fut changée deux fois, le 12 et le 16 juin et, chaque fois, elle ne put être réintroduite qu'avec un doigt mis dans la plaie périnéale.

Deux jours après cette dernière introduction, le 18, la température monte à 40 degrés, elle reste élevée avec de grandes oscillations et un état général grave, jusqu'au 6 juillet, où l'issue d'une grande quantité de pus fétide amena une amélioration notable.

Le 15 août, on supprime la sonde, et le périnée n'est pas tout à fait fermé.

Dans le courant de septembre, on lui incise dans l'aine droite un abcès qui reste fistuleux.

Le 19 octobre, le malade quitte le service.

Le 22 octobre, on lui passe un Béniqué n° 40.

Telle est cette observation que M. Riche fait suivre de considérations sur les suites différentes des opérations pratiquées pour les chutes à califourchon, et pour celles qui résultent de fractures du bassin. L'infection du foyer de la fracture peut, en effet, amener des complications, mais il n'est peut-être pas aussi exact qu'il le prétend que la dilatation soit plus nécessaire dans les ruptures de la portion membraneuse que dans celle de la portion périnéale.

M. Riche termine en disant :

« Je voulais seulement dire que l'incision transversale pré-
« anale permet de retrouver le bout postérieur dans les ruptures
« traumatiques complètes de l'urètre membraneux, et apporter,
« à l'appui de cette affirmation, une première observation ; si,
« comme j'ai tout lieu de le croire, ceux qui me suivront dans
« cette voie obtiennent le même résultat, le cathétérisme rétro-
« grade aura vécu. »

M. Riche a évidemment voulu montrer que l'on ne doit pas faire le cathétérisme rétrograde dans les ruptures de la portion membraneuse, parce que l'incision générale peut suffire, et qu'on peut, par cette voie, retrouver le bout postérieur.

Il semble oublier que c'est là une vérité acquise et démontrée.

Je ne veux pas faire ici une bibliographie complète de la question.

Qu'il me soit permis, cependant, de citer un travail de Lennander, paru en 1897 (*Arch. für klinische Chirurgie*, vol. XIV, p. 479), dans lequel ce chirurgien cite deux observations de déchirure de l'urètre membraneux dans lesquelles il a pu, par une incision périnéale médiane, trouver facilement le bout postérieur.

Nous ne pouvons pas oublier non plus avec quelle facilité M. Mignon, dans un cas de déchirure de l'urètre prostatique, — qu'il nous a rapporté dans la séance du 14 mai 1902, — a trouvé ce bout postérieur; et si M. Mignon a fait le cathétérisme rétrograde, c'est qu'il y était en quelque sorte invité par l'intervention primitive qu'il avait pratiquée, à savoir l'incision hypogastrique pour conjurer des accidents infectieux menaçants. Et, en effet, il se demande : « Était-il nécessaire d'ouvrir la vessie? « Le drainage hypogastrique me semble avoir été un des principaux facteurs de la guérison du malade, et, à ce compte, je « ne regrette pas d'avoir pratiqué la cystotomie. Mais je dois dire « que le cathétérisme rétrograde n'est pas nécessaire pour trouver le bout postérieur de l'urètre sectionné au ras de l'aponé- « vrose moyenne. »

« Le point de repère qu'il faut chercher dans ce cas, ajoute-t- « il, est une dépression circulaire représentant la tranche de sec- « tion du canal, située « au-dessous du ligament arqué du pubis. »

Je dois aussi citer une observation de F. Roux, de Marseille, parue dans les *Archives provinciales de chirurgie*, 1er septembre 1902, où il s'agit d'une hémi-section de l'urètre membraneux par une balle.

M. Roux, après avoir mis un cathéter dans l'urètre, fit l'incision de la taille pré-rectale qui le conduisit sur la plaie urétrale.

Je n'insiste pas sur les différentes particularités de cette dernière opération : je ne la cite que pour indiquer que l'incision pré-rectale a été déjà employée dans les cas de lésion de l'urètre membraneux.

Les observations que je viens de citer montrent que la recherche du bout postérieur, dans les cas de rupture de l'urètre membraneux, peut très bien se faire par une incision prérectale. Ceux d'entre nous qui ont fait la boutonnière périnéale le savent bien, puisque cette boutonnière est située sur l'urètre membraneux.

Mais quelle est la meilleure incision? Est-ce l'incision médiane? Est-ce l'incision transversale? Nous avons vu que Lennander, Mignon avaient facilement trouvé le bout supérieur par une incision médiane. Lennander disait dans son mémoire qu'une incision en est préférable et donnerait plus de jour.

MM. Roux et Riche préconisent l'incision transversale. Qu'elle s'appelle incision de la taille prérectale ou incision de la prostatectomie périnéale, peu importe.

C'est, en somme, revenir aux idées exprimées par Demarquay, en 1858, reprises ici même par M. Le Dentu, en 1888, pour la recherche du bout supérieur dans les rétrécissements de l'urètre traités par l'urétrotomie interne, et, enfin, défendues à nouveau par Forgue, dans un article paru le 21 octobre dernier, dans la *Presse médicale* (p. 733).

En résumé, l'observation de M. Riche est un nouveau fait à l'appui de cette idée, que la recherche du bout supérieur de l'urètre, dans le cas de rupture de l'urètre, pouvait se passer du cathétérisme rétrograde, et que l'incision prérectale était une bonne incision pour voir l'orifice de ce bout supérieur, et nous conviendrons volontiers avec lui qu'elle donne plus de jour que l'incision médiane.

En terminant, je vous prie de transmettre nos remerciements à M. Riche pour l'excellente observation qu'il nous a communiquée.

M. F. Legueu. — Je m'associe tout à fait aux réserves faites par M. Bazy sur l'observation de M. Riche et les réflexions qu'il ajoute à son observation.

En ce qui concerne la nouveauté de l'incision transversale, il y a longtemps, pour ma part, que j'y ai recours exclusivement pour les ruptures de l'urètre postérieur.

Quant à ses avantages, ils ne sont pas contestables : l'accès est plus large, la recherche du bout postérieur plus précise. Mais dire que dans tous les cas on parviendra avec cette incision à découvrir le bout postérieur, c'est une illusion.

Et il y a quelques mois à peine, j'en ai fait l'expérience. Sur un malade qui avait une rupture de l'urètre postérieur, j'ai incisé transversalement et suis tombé dans une cavité pré-rectale où s'ouvrait le bout antérieur de l'urètre, mais où je n'ai pu découvrir le bout postérieur. La rupture était produite par une fracture de la branche ischio-pubienne.

Lorsque, malgré des recherches méthodiques, je me suis vu dans l'impossibilité de trouver le bout postérieur, j'ai fait le cathétérisme rétrograde qui m'a permis de terminer rapidement l'opération.

Je crois donc qu'il ne faut pas médire du cathétérisme rétrograde qui, dans certains cas, m'a rendu de très grands services.

M. Lucas-Championnière. — Cette discussion sur la recherche du bout postérieur de l'urètre rompu n'est pas neuve. Il y a bien longtemps qu'elle fut agitée ici même par Gras. Il est certain que les cas sont très différents les uns des autres et que suivant la variété qui se présentera, la recherche de l'urètre sera plus ou moins difficile. Quelle que soit l'incision, longitudinale ou transversale, ces difficultés persisteront. Il ne faut pas oublier qu'il existe pour cette recherche comme pour toutes les opérations une question d'habitude; et pour ma part je sais à l'heure actuelle où et comment je dois chercher ce bout postérieur, alors que j'étais très embarrassé dans mes premières interventions.

M. Paul Reynier. — Je m'associe entièrement aux conclusions qu'a formulées M. Bazy, et aux réflexions de M. Lucas-Championnière. Tout en reconnaissant qu'on peut être amené dans des circonstances exceptionnelles à faire le cathétérisme rétrograde, je crois que l'occasion doit s'en présenter bien rarement; car depuis vingt-deux ans que je suis chirurgien des hôpitaux, j'ai bien eu à traiter la rupture d'une vingtaine d'urètres membraneux et j'ai toujours réussi par l'incision médiane à trouver mon bout postérieur.

Ce n'est pas que je veuille combattre l'incision transversale qui peut sans doute donner un peu plus de jour.

Dans la découverte plus ou moins facile de ce bout postérieur, il y a, comme l'a fait remarquer M. Lucas-Championnière, une grosse question d'habitude.

Le plus souvent ce bout postérieur apparaît au fond de la plaie, bien nettoyée de tout le sang, comme un petit point brillant par où vous pourrez faire sortir quelquefois une goutte d'urine, en pressant sur la vessie.

Dans cet orifice, j'introduis, non point un stylet, mais une sonde à bout olivaire n° 6 ou 8, par où s'écoule l'urine dès que vous avez pénétré dans la vessie.

Or, sur cette sonde que je laisse en place, j'introduis par la plaie périnéale dans la vessie une sonde à bout coupé ; et je ramène le bout antérieur de cette sonde de la plaie périnéale dans l'urètre antérieur, au moyen d'une sonde que j'ai introduite par le méat, et qui sort par le périnée, et que je réunis à la sonde à bout coupé au moyen d'une ligature.

J'insiste beaucoup sur la nécessité absolue, dans le traitement de ces ruptures de l'urètre, de ne laisser dans la vessie qu'une

sonde à bout coupé, et de ne pas se servir de sonde à bout olivaire ou de sonde à béquille, comme je l'ai vu faire trop souvent.

En effet, celles-ci rendent les cathétérismes ultérieurs fort difficiles; car la sonde qu'on essaie de remettre le plus souvent se trouve arrêtée au niveau de la rupture, ne retrouve plus le bout postérieur et sort par la plaie périnéale. On est alors obligé de se livrer à des manœuvres difficiles, qui forcent quelquefois à rouvrir la plaie pour retrouver le bout postérieur.

Avec la sonde à bout coupé, les changements de sonde se font au contraire facilement; car on les fait en introduisant dans la sonde à bout coupé, qu'on veut changer, la bougie conductrice de l'urétrotome armée de la tige droite que j'ai fait doubler de longueur pour faciliter la manœuvre.

Sur cette bougie conductrice, je retire la sonde et réintroduis facilement et sans crainte de fausse route, la sonde nouvelle.

M. Schwartz. — Je tiens à prendre la parole pour affirmer la facilité et la rapidité avec laquelle M. Riche est arrivé sur le bout supérieur de l'urètre rompu par une fracture du bassin. J'ai été agréablement surpris de cette facilité en la comparant aux difficultés que j'ai souvent éprouvées en recherchant l'urètre rompu par l'incision périnéale médiane. Je crois que la cathétérisme rétrograde restera toujours comme la ressource ultime dans les cas où la recherche sera infructueuse par le périnée.

Présentations de malade.

Goitre volumineux à prolongement intra-thoracique; adhérences à la trachée ouverture de la trachée suture. Fistule aérienne pendant quelques jours. Guérison.

M. Lucas-Championnière. — La malade que je présente a été opérée le 23 octobre dernier pour un goitre volumineux datant de quatorze ans, et qui depuis quelque temps donnait des accidents de suffocation.

Au cours de l'opération, je trouvai une adhérence si intime avec la trachée que je fus obligé de séparer la tumeur de la trachée aux ciseaux. La trachée fut ouverte; je plaçai une canule pour terminer l'opération, une hémorragie très intense se produisant.

Je pus énucléer un prolongement intra-thoracique dépassant le volume du poing. Un tamponnement me rendit maître de l'hémorragie; la malade en état syncopal fut ranimée par des injections de sérum et une respiration artificielle assez prolongée.

Au lieu de laisser la canule en place, je réunis immédiatement les lèvres de la solution de continuité de la trachée.

Pendant les six premiers jours aucun incident. Puis la malade ayant toussé, quelques mucosités bronchiques puriformes furent expulsées par la plaie et l'air passa plusieurs jours durant.

Cependant la plaie se cicatrisa assez rapidement. La trachée se referma, et aujourd'hui, exactement un mois après son opération, la malade est complètement guérie, la trachée bien fermée, et la respiration se fait librement.

Je pense que cette manière de procéder mène à une guérison plus rapide et met plus sûrement à l'abri des complications pulmonaires que la mise en place immédiate d'une canule que l'on ne retire qu'après plusieurs jours.

Dans ce cas la rapidité des manœuvres a été très grande. Sans cette rapidité il fut évident que la malade aurait péri sur la table d'opération.

Plaie simultanée du foie et de l'artère fémorale par balle de revolver.

M. F. Legueu. — Je vous présente une malade que j'ai opérée pour une plaie du foie; elle eut en même temps une plaie de l'artère fémorale, qui ajoute un certain intérêt à son observation.

Voici, d'ailleurs, l'observation intégrale telle qu'elle m'a été remise par M. Lecornu, interne des hôpitaux.

Une jeune fille de vingt-deux ans, B. J..., domestique, est amenée, le 24 novembre 1902, à 4 heures de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le Dr Blum. Elle s'est tiré, deux heures avant, un coup de revolver à l'hypocondre droit, avec une arme d'un calibre de 7 millimètres dirigée, au dire de la malade, le canon vers le sol.

Effectivement, on trouve, à un travers de doigt au-dessous des fausses côtes droites un orifice circulaire et noirâtre. La malade, qui a été amenée assise en voiture de Charenton à Saint-Antoine, est pâle et dans un état demi-syncopal, le visage couvert de sueur froide, la respiration fréquente. Son pouls est petit et à 115, sa température à 36°7, son ventre tendu, douloureux, un peu ballonné.

On fait à la malade une injection de sérum de 300 grammes, en attendant le chirurgien de garde appelé immédiatement.

La malade est opérée à 6 heures du soir, par M. le Dr Legueu.

Laparotomie latérale sur le bord externe du muscle droit : la cavité péritonéale est pleine de sang. Sur la face supérieure du foie existe une plaie, dans laquelle le doigt s'enfonce sans trouver le fond. Sur la face inférieure du foie et très près du hile se trouve l'orifice de sortie

de la balle. On fait un tamponnement de la plaie hépatique avec une double mèche de gaze, l'une introduite par en haut, et l'autre introduite par en bas. Puis, le sang est retiré de la cavité péritonéale; deux cuvettes pleines de caillots sont enlevées.

Fermeture de la paroi abdominale avec un orifice pour laisser passer les mèches et un gros drain, qui est placé à la face inférieure du foie.

L'opération a duré vingt-cinq minutes.

Le lendemain, la température est à 37 degrés, le pouls à 110, bien frappé. On fait une nouvelle injection de sérum de 300 grammes. Le pansement, traversé par un suintement séro-sanguinolent abondant provenant des mèches et du drain, est changé.

Le surlendemain, la température atteint 38°3, le pouls est à 100, bien frappé. La malade a du hoquet sans vomissements. Le ventre est légèrement douloureux. On change le drain et la mèche et l'on constate une légère suppuration de la plaie.

Cette suppuration très légère se tarit rapidement. Le quatrième jour après l'opération, la mèche et le drain sont enlevés définitivement. La température et le pouls sont normaux.

Les fils sont enlevés le huitième jour, et la guérison se poursuit dès lors sans incident.

Le 6 décembre, l'examen radiographique de la malade est pratiqué dans le but de rechercher la balle qui n'avait pu être extraite au cours de la laparotomie, et on est surpris de constater sur le cliché que la balle est située à la racine de la cuisse droite, en avant de la tête du fémur.

Effectivement, à l'examen de la malade, on constate, à la partie supérieure du triangle de Scarpa, le long et en dehors des vaisseaux fémoraux, une petite masse dure, cylindrique, qui roule sous le doigt et est légèrement douloureuse.

L'extraction de la balle décidée sur-le-champ est pratiquée par M. le Dr Blum. Après cocaïnisation, on pratique une incision verticale sur la balle, le long des vaisseaux fémoraux, au voisinage immédiat desquels la balle est située. On incise avec précaution de crainte des vaisseaux. La veine fémorale est mise à nu, et la balle située en dehors d'elle est découverte et extraite. La balle était logée dans un lit de caillots que l'on enlève à la curette avec précaution. Mais un gros caillot organisé étant enlevé, il se produit un jet de sang abondant rapidement arrêté par compression de la fémorale au-dessus de l'incision.

La balle avait atteint la fémorale ou une grosse collatérale, et déterminé une plaie de ce vaisseau oblitérée par le caillot organisé enlevé à la curette.

On pince avec difficulté le point de l'artère qui donne, mais c'est en vain que l'on essaie de faire une ligature. Finalement, on se décide à laisser trois pinces à demeure dans la plaie. Ces pinces sont enlevées trois jours après sans qu'il se soit produit d'hémorragie nouvelle. Les lèvres de la plaie sont rapprochées avec des crins qui sont enlevés eux-mêmes au bout de six jours, et la cicatrisation se fait normalement.

En réalité, la balle avait déterminé une plaie latérale de l'artère

fémorale, car, les jours qui ont suivi l'intervention, les battements de la pédieuse et de la poplitée étaient imperceptibles.

La malade a pu se lever dans les derniers jours de décembre et quitter l'hôpital dans les premiers jours de janvier 1903.

Luxation en arrière, irréductible, de l'index gauche. Réduction après section sous-cutanée du ligament glénoïdien.

M. JALAGUIER. — L'enfant que je vous présente me fut adressé le 27 mai dernier, par mon cher et regretté ami Gérard Marchant. Il était porteur d'une luxation en arrière de l'index gauche sur le métacarpien. Il s'agissait d'une luxation complète *complexe* suivant la classification appliquée par Farabeuf aux luxations du pouce.

J'ai réduit sans aucune difficulté cette luxation par la section sous-cutanée du ligament glénoïdien suivant le procédé conseillé par M. Farabeuf et décrit par moi jadis dans les *Archives de médecine* (Traitement chirurgical des luxations en arrière récentes et irréductibles des doigts sur les métacarpiens, *Archives générales de médecine*, février 1886, t. XVII, p. 129).

Voici un résumé de cette observation :

Albert D..., quatorze ans. — Le 24 *mai* 1903, l'enfant fit une chute en sautant un fossé ; il tomba sur l'extrémité des doigts en extension; il ressentit une très vive douleur et en se relevant il remarqua une saillie anormale sur le dos de la main au niveau de la tête du deuxième métacarpien gauche; le doigt restait en extension forcée ; — la flexion était impossible.

Deux tentatives de réduction :

Une première fois, le jour même de l'accident, sans anesthésie, par un médecin qui exerça des tractions directes.

Une deuxième fois, par Gérard Marchant avec anesthésie générale.

L'enfant entra aux Enfants-Assistés le 27 mai. — La radiographie montre très nettement une luxation en arrière de l'index sur le métacarpien, avec interposition d'un os sésamoïde.

Le 28 mai, après anesthésie générale, on se rend bien compte de la disposition des parties.

Sur la face dorsale de la main, au-dessus de l'interligne métacarpo-phalangienne, saillie formée par l'extrémité postérieure de l'index. Sur la face palmaire, autre saillie osseuse formée par la tête du métacarpien au-dessous du deuxième pli de flexion palmaire.

Introduction sur la face dorsale, en dehors du tendon extenseur, à 2 centimètres de l'articulation, d'un long ténotome qui va sectionner le ligament glénoïdien interposé : immédiatement la luxation se réduit sous l'influence d'une légère traction.

Le doigt est immobilisé en flexion forcée pendant huit jours. Puis, mobilisation et massage.

Le 1er août, l'enfant avait retrouvé presque tous ses mouvements.

Vous pouvez voir qu'aujourd'hui le fonctionnement de l'articulation est absolument normal.

M. Souligoux. — *Gastrotomie par torsion* (M. Guinard, rapporteur).

M. Souligoux. — *Torsion spontanée du cordon spermatique* (M. Legueu, rapporteur).

Elections.

Nomination des Commissions chargées d'étudier les titres des candidats aux prix Marjolin-Duval, Labory, Demarquay et Gerdy.

1° Prix Marjolin-Duval.

Nombre de votants : 31.

M. Jalaguier	obtient :	31	voix.
M. Nélaton	—	30	—
M. Reclus.	—	27	—
M. Bazy	—	4	—
M. Duplay	—	1	—
M. Rochard.	—	1	—

En conséquence, MM. Jalaguier, Nélaton et Reclus sont nommés membres de la Commission.

2° PRIX LABORIE.

Nombre de votants : 28.

M. Reynier	obtient :	26	voix.
M. Rochard	—	25	—
M. Monod	—	21	—
M. Nélaton	—	2	—
M. Reclus	—	2	—
M. Poirier	—	1	—

En conséquence, MM. Reynier, Rochard et Monod sont nommés membres de la Commission.

3° PRIX DEMARQUAY.

Nombre de votants : 31.

M. Chaput	obtient :	28	voix.
M. Routier	—	27	—
M. Picqué	—	22	—
M. Bazy	—	6	—
M. Lannelongue	—	2	—
M. Hartmann	—	1	—
M. Jalaguier	—	1	—
M. Broca	—	1	—
M. Beurnier	—	1	—

En conséquence, MM. Chaput, Routier et Picqué sont nommés membres de la Commission.

4° PRIX GERDY.

Nombre de votants : 28.

M. Delbet	obtient :	25	voix.
M. Tuffier	—	25	—
M. Guinard	—	23	—
M. Hartmann	—	1	—
M. Hennequin	—	1	—
M. Guéniot	—	1	—
M. Lannelongue	—	1	—

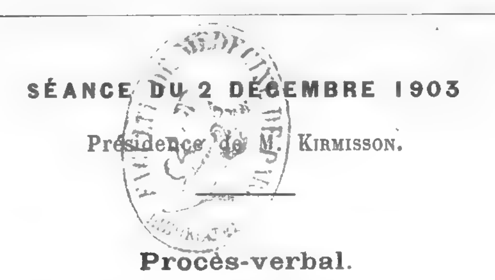
M. Bazy.	obtient :	1	voix.
M. Rochard.	—	1	—
M. Faure	—	1	—
M. Walther.	—	1	—
M. Jalaguier	—	1	—

En conséquence, MM. Delbet, Tuffier et Guinard sont nommés membres de la Commission.

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1903

Présidence de M. KIRMISSON.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. le Directeur de l'enseignement supérieur annonçant à la Société de chirurgie que le XLIIe congrès des Sociétés savantes s'ouvrira à la Sorbonne le mardi 5 avril prochain à 2 heures précises.

3°. — Une lettre de M. RICARD, qui, retenu par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

4°. — Une lettre de M. COVILLE (d'Orléans) qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

5°. — Un travail de M. COVILLE (d'Orléans) intitulé : *Résection de l'articulation scapulo-humérale. Interposition musculaire pour combattre une ankylose de l'épaule. Bons résultats.* — Le travail de M. Coville est renvoyé à une commission dont M. NÉLATON est nommé rapporteur.

6°. — Deux travaux de M. SZCZYPIORSKI (de Mont Saint-Martin). L'un d'eux concerne *un cas d'amputation du rectum pour cancer.* — L'autre est intitulé : *Amputation de Gritti. Cinq nouveaux cas.* — Les deux travaux de M. Szczypiorski sont renvoyés à une commission dont M. Lejars est nommé rapporteur.

7°. — Un travail de M. LAUNAY, intitulé : *Plaie longitudinale de la carotide primitive gauche, au niveau de sa bifurcation. Suture latérale. Guérison.* — Le travail de M. LAUNAY est renvoyé à une commission dont M. LEJARS est nommé rapporteur :

A l'occasion du procès-verbal.

Traitement des fibromes utérins.

M. E. Potherat. — Messieurs, la communication de M. Richelot visait un point très limité, très spécial du traitement des fibromes utérins. Plusieurs des orateurs qui m'ont précédé se sont un peu éloignés de ce point de vue particulier, et Tuffier a mis en discussion non plus le meilleur mode d'hystérectomie pour fibrome, mais l'hystérectomie elle-même.

Je ne suivrai pas notre collègue sur ce terrain; j'ai pratiqué maintes fois l'énucléation de fibromes, par la voie haute, comme lui, ou par la voie basse en utilisant le procédé de mon maître M. Segond, mais je ne suis pas encore disposé à donner à l'énucléation le pas sur l'hystérectomie elle-même.

Je veux rester sur le terrain où s'est placé M. Richelot, et examiner avec lui la valeur réciproque des hystérectomies totale et subtotale, l'importance de la dégénérescence cancéreuse du moignon cervical de la subtotale, les rapports enfin du fibrome de l'utérus avec le cancer de cet organe.

En ce qui concerne l'hystérectomie, j'ai pratiqué tous les modes; la totale par voie vaginale, la totale par voie abdominale, la subtotale enfin.

Je suis resté fidèle à l'hystérectomie totale par voie vaginale chaque fois que l'utérus fibromateux dépasse peu la symphyse des pubis, et surtout quand le grand axe de la masse est disposé dans le sens de la filière pelvienne, c'est-à-dire quand utérus et fibrome ont gardé la disposition piriforme à petite extrémité inférieure. L'opération, dans ces cas, est simple, rapide; les malades guérissent facilement et bénéficient des avantages précieux de la méthode vaginale, avantages suffisamment connus depuis les plaidoyers éloquents de mon maître M. Segond.

Pour ce qui est des fibromes plus volumineux et qu'il faut aborder par l'abdomen, j'ai fait comme beaucoup de nos collègues; j'ai d'abord employé la méthode d'hystérectomie sus-vaginale à pédicule externe, puis la méthode d'hystérectomie totale, et enfin l'hystérectomie subtotale. Mais je suis venu à celle-ci beaucoup plus tôt que beaucoup d'entre vous et mes premières interventions remontent à 1895 (1), et depuis huit ans, sauf les cas spéciaux de cancer concomitant, c'est à l'hystérectomie subtotale seule que j'ai eu recours dans toutes mes interventions pour gros fibromes.

J'attribue à cette méthode une supériorité réelle sur l'hystérec-

(1) Voir : Pigeonnat. *Des gros fibromes utérins*, thèse de Paris, 1896.

tomie totale. Non pas que cette supériorité éclate dans le pourcentage de la mortalité. Envisagés vis-à-vis de la léthalité les deux modes d'hystérectomie se valent, et je me garderais bien de faire état de 1, 2 ou 3 p. 100 de mortalité en plus, s'ils étaient fournis par l'hystérectomie totale, pour la combattre. Aujourd'hui grâce à la parfaite stérilisation des instruments employés, et à l'asepsie complète de l'acte opératoire, le chirurgien pourrait dans bien des cas arriver à une guérison certaine en se payant le luxe de rechercher les difficultés pour en triompher par son habileté.

Si donc la question de vie ou de mort n'est pas en cause ici nous devons envisager les conditions de l'acte opératoire au point de vue de sa rapidité, de sa sécurité et de sa facilité.

Or, depuis l'extraction du fibrome hors de l'abdomen jusqu'à sa libération et sa pédiculisation telle que l'utérus ne tient plus que par ses attaches vaginales, les deux modes d'hystérectomie sont identiques. Les difficultés, les complications, s'il en existe, seront les mêmes, et je ne vois pas dans ces complications une raison de préférer l'un à l'autre ces deux modes d'hystérectomie.

S'il y a à l'un ou l'autre mode des avantages, c'est à ce moment qu'ils vont apparaître.

Quoi de plus simple, nous dit M. Richelot, pour le chirurgien qui en est là de son opération, d'entrer dans un cul-de-sac vaginal, et à l'aide de ciseaux de sectionner rapidement toute l'insertion vaginale, en rasant le col. En quelques secondes, il est vrai, et d'un tour de main l'utérus est détaché, la masse est rejetée hors de l'abdomen avec beaucoup de brio, et l'assistance enthousiasmée ne peut parfois retenir ses applaudissements. Mais... il y a un mais. Pendant que l'assistance émerveillée s'éloigne, ne voulant pas s'arrêter à la banalité de la fermeture de la paroi abdominale, le chirurgien peine au fond, tout au fond de l'abdomen : un, deux, trois, dix points saignent; il faut les saisir, non sans difficulté, car la tranche vaginale est profonde, les lier, en ayant soin de ne pas pincer l'uretère, qu'il avait déjà fallu ménager bien attentivement pendant les sections vaginales; bref les minutes succèdent aux minutes, et j'ai vu l'hémostase n'être achevée qu'une demie heure et plus après l'ablation de l'utérus. Et cette difficulté de l'hémostase déjà certaine avec un vagin souple qu'on peut amener en haut grandit encore avec les indurations qu'on observe lorsqu'il y a avec le fibrome des complications inflammatoires annexielles ou péri-annexielles.

Tout autre est la situation du chirurgien en présence de la subtotale; il détache un petit lambeau péritonéal antérieur, un autre lambeau postérieur, puis il incise le col en l'excavant jusqu'auprès de la muqueuse utérine; à ce moment il achève la section avec le

thermocautère, pendant qu'une pince enserrant fortement le pédicule au-dessus de la section empêche toute irruption septique. Pas de ligatures à faire, car cela ne saigne pas, pas d'infection à redouter, puisque le feu a détruit tout ce qui pourrait être septique.

Un point d'appui solide sur lequel vous pouvez fixer pour maintenir le moignon une pince à abaissement utérin, enfin quelques sutures pour rapprocher les parties cruentées et les revêtir de péritoine, et c'est fini. Vous n'avez eu aucune difficulté d'hémostase, vous n'avez fait courir aucun risque aux uretères ou aux cavités de voisinage, et enfin, pour finir, quand la paroi du ventre est suturée complètement, vous laissez votre malade avec un abdomen bien et dûment fermé de toutes parts, ne redoutant ni une hémorragie, ni une infection vaginale, ni l'introduction intempestive d'une injection dans le ventre, ni le pincement d'une anse intestinale ou d'une portion d'épiploon entre les lèvres de la section vaginale ; nul besoin d'une sonde à demeure ou d'un catéthérisme extemporané et répété; vous ne redoutez point le vagin même septique; mais vous respectez celui de la femme vierge et qui peut désirer garder un hymen intact.

Ce sont là des avantages réels, et qui à mon avis créent, au point de vue du *modus faciendi*, de l'acte chirurgical en lui-même à la méthode supra-vaginale une supériorité réelle et certaine sur la méthode d'hystérectomie totale. Et je suis en accord avec la plupart de nos collègues; je rappelle que j'ai dans cette voie devanncé quelques-uns d'entre eux.

L'hystérectomie subtotale offre encore un petit avantage dont personne n'a parlé jusqu'ici et qui, pour n'être pas d'ordre vraiment scientifique, a bien son mérite. Je ne crois guère à l'importance de la sécrétion interne des organes génitaux et je ne crois pas qu'à ce point de vue la persistance d'un peu d'utérus ait quelque valeur. Mais vous savez combien l'ablation totale de l'appareil génital interne influe sur l'état mental des nerveuses ou des prédisposées. Or, en laissant la partie intra-vaginale du col, on peut d'autant plus aisément persuader à la malade qu'elle garde son utérus sinon ses ovaires, que le plus souvent le médecin non prévenu qui l'examinera croira à la persistance de l'utérus et pourra affirmer à l'opérée qu'elle n'a pas « cessé d'être une femme ».

Donc l'hystérectomie subtotale a des avantages certains et mérite de prendre le pas sur l'hystérectomie totale dans l'ablation des fibromes utérins. M. Richelot ne le croit pas, mais il veut bien ne pas trop insister et nous laisser nos préférences.

Mais, nous dit-il, quoi que vous pensiez des avantages de votre

méthode, elle a un inconvénient grave, elle expose votre malade au cancer du col que vous avez laissé.

Si cela était, Messieurs, il n'y aurait pas à hésiter, et l'hystérectomie totale serait-elle encore plus laborieuse qu'elle ne l'est comparée à l'hystérectomie subtotale, que pour ma part je n'hésiterais pas à la pratiquer toujours et de parti pris.

Cette portion de col qui reste deviendra cancéreuse, nous dit M. Richelot, car utérus scléreux, métrite glandulaire, fibromes utérins, cancer, tout cela se tient, doit marcher ensemble, découle d'un même processus pathologique, ayant l'arthritisme pour base. C'est là, Messieurs, une conception de haute envolée, mais qui jusqu'ici reste quelque peu hypothétique et n'a pas encore eu la consécration indéniable de l'observation et des faits. Ceux-ci sont même bien souvent en opposition avec l'hypothèse ; le cancer utérin n'est pas rare, mais il est hors de doute qu'il est beaucoup moins fréquent que les fibromes utérins ; j'ai entendu Verneuil dire qu'après quarante ans, il n'était presque pas d'utérus dans lequel on ne pût trouver du fibrome, et certes on ne pourrait en dire autant du cancer. Et s'il est vrai, comme le dit M. Richelot, qu'il est fréquent de trouver à côté d'un épithélioma un ou plusieurs fibromes, il est, par contre, certainement exceptionnel de trouver le cancer en compagnie du fibrome. Il est à la Salpêtrière des femmes très âgées portant depuis trente, quarante ans même, et plus, de volumineux fibromes utérins, sans qu'un cancer soit venu abréger leur extrême longévité.

Je crois donc que pour notre détermination opératoire, nous pouvons jusqu'à plus ample informé ne pas tenir compte de la formule; le moignon cervical *doit*, devenir cancéreux.

Soit, nous dit, M. Richelot, mais vous ne pouvez nier qu'il *puisse* le devenir, et cela seul vous commande de l'enlever. Sans nul doute le moignon peut devenir cancéreux ; les faits sont là qui le démontrent. Mais, sans tenir compte de la remarque qui a été si judicieusement faite, par Ricard, que l'apparition du cancer a été si rapide dans la plupart d'entre eux qu'il est à présumer que le cancer était déjà en évolution au moment de l'intervention, on ne peut méconnaître que ces faits sont d'une extrême rareté. Quel est le chirurgien un peu versé dans la gynécologie qui n'a pas, en quelques années, opéré au moins cent fibromes? Et combien a-t-il vu consécutivement de cols dégénérés en cancer? Aucun, nous dit mon regretté maître M. Bouilly dont la pratique était pourtant bien vaste ; aucun, nous répondent plusieurs autres ; un cas, deux, trois, quatre cas, au plus, nous disent ceux qui ont observé la cancérisation. Personnellement, sur un très grand chiffre d'opérées je n'ai jamais vu cette dégénérescence cancéreuse.

Mais peut-être les cas m'ont-ils échappé, car toutes nos malades ne nous reviennent pas fidèlement; c'est possible, et mon ami Delbet aurait revu à Bicêtre une de mes opérées d'il y a cinq ans, présentant un cancer de son moignon cervical : soit; il n'est pas contestable, néanmoins, que les cas réels, bien observés, survenant assez loin après l'intervention pour qu'il fût certain que le cancer n'existait pas encore au moment de celle-ci, il n'est pas contestable, dis-je que ces cas sont rares; et le cancer de l'utérus chez les hystérectomisées pour fibromes n'est certes pas plus fréquent que chez les autres femmes prises en général. Dans ces conditions, je crois qu'il n'est pas plus recommandé d'enlever tout l'utérus à une femme parce que cet utérus *pourrait devenir cancéreux*, qu'il ne le serait d'enlever tout le sein d'une femme qui présenterait un adéno-fibrome, pour l'empêcher d'avoir par la suite un néoplasme malin de la mamelle. Et, en ce qui concerne l'utérus cela est d'autant plus facile à défendre que l'ablation totale de l'organe ne met pas à l'abri de l'évolution ultérieure du cancer. Des faits rapportés ici par quelques-uns de nos collègues le démontrent; mon ami Guinard en a rapporté deux; je pourrais moi-même en ajouter deux autres absolument semblables.

Je conclurai donc en disant que je considère l'hystérectomie subtotale comme aussi innocente au moins que l'hystérectomie totale, mais plus sûre dans son exécution, plus simple et plus facile, et que la possibilité de voir le moignon cervical devenir cancéreux n'est pas si évidente qu'elle doive nous faire renoncer à nos préférences pour la méthode subtotale.

M. Pierre Delbet. — Je ne retarderai pas beaucoup la clôture de cette discussion, sur laquelle bien des choses déjà ont été dites et de telle sorte qu'il y aurait quelque prétention à les répéter.

La question que M. Richelot a portée à cette tribune m'a préoccupé aussi. Il y a un an environ, je venais de lire je ne sais quel travail étranger sur la cancérisation du moignon de col laissé par l'hystérectomie subtotale, lorsque se présenta à la consultation de Bicêtre une femme qui avait un cancer du col, et qui avait été hystérectomisée antérieurement par mon ami Potherat, pour un fibrome, disait-elle. J'essayai d'attirer l'attention de mes élèves sur ce cas, de leur montrer tout l'intérêt qu'il présentait, et je recommandai de prendre exactement le nom de la malade, la date à laquelle elle avait été opérée, afin de pouvoir me renseigner auprès de Potherat sur la nature de la lésion qui avait commandé l'hystérectomie. Il faut croire que j'ai bien mal réussi à éveiller l'intérêt dans l'esprit de mes élèves, car le nom n'a pas été pris. Je n'ai pas pu savoir quelle était la lésion qui avait conduit

Potherat à pratiquer l'ablation de l'utérus. Cette observation est donc comme celles que mon ami Ricard a si justement critiquées; elle manque de précision et, par suite, de toute valeur documentaire. Elle n'a eu d'autre résultat que de me faire réfléchir sur les dangers éloignés de l'hystérectomie subtotale.

Le moignon cervical qui reste lorsqu'on a enlevé par l'hystérectomie subtotale un utérus fibromateux est-il exposé sérieusement, et d'une manière en quelque sorte particulière, à devenir cancéreux? Voilà la question. M. Richelot la tranche par l'affirmative, et conclut qu'il faut systématiquement préférer l'hystérectomie totale à la subtotale.

M. Richelot sait bien que le danger du développement d'un cancer sur le moignon du col n'est pas considérable, il sent qu'il ne serait pas suffisant pour décider le chirurgien, qui se trouve en présence d'un fibrome, à préférer une opération plus grave à une opération moins grave. Aussi s'efforce-t-il d'établir d'abord que l'hystérectomie totale est aussi simple, aussi rapide, aussi bénigne que la subtotale.

Sur ce point, M. Richelot n'a trouvé aucun écho parmi nous Tous ceux de nos collègues qui ont pris la parole se sont inscrits en faux contre cette assertion. Pour qu'il y ait une telle divergence sur un point de pratique, pour qu'à propos d'une question de fait M. Richelot se dresse seul contre tous ses collègues, il faut qu'il y ait un malentendu. Est-ce que, comme nous l'a dit Ricard, est-ce que M. Richelot, lorsqu'il veut faire une totale, taille dans le tissu utérin « de telle façon qu'il en reste une parcelle à chaque lèvre de la plaie vaginale »? S'il en est ainsi, M. Richelot exécute une variété de la subtotale, et non la totale.

En tout cas, on peut poser le dilemme suivant. Si l'on n'enlève pas la totalité du col, on n'est pas sûrement à l'abri du développement d'un cancer sur le peu qui en reste. Si on enlève la totalité du col, si on fait porter l'incision franchement sur le vagin, si l'on fait réellement une hystérectomie totale, l'opération devient plus compliquée, plus laborieuse, plus longue surtout en raison des difficultés de l'hémostase de la tranche postérieure.

Or, une opération plus compliquée, plus laborieuse, plus longue est forcément plus dangereuse. Qui donc oserait actuellement affirmer que les dangers qui viennent de ce fait, outre qu'ils sont immédiats, ne sont pas plus sérieux que ceux qui peuvent résulter de l'abandon du col?

Pour l'affirmer, il faudrait savoir très exactement dans quelle proportion ce col devient le siège d'un cancer, — et cela, nous ne le savons pas. M. Richelot soutient qu'un utérus, par cela même qu'il est fibromateux, est prédisposé à devenir cancéreux. Pour

étayer une pareille affirmation, il faudrait savoir quelle est la proportion relative des fibromes chez les femmes qui ont des cancers et chez celles qui n'en ont pas. Or, savons-nous seulement quelle est la fréquence des fibromes à l'âge du cancer chez les femmes qui n'ont pas de cancer? En aucune façon, puisque les uns l'estiment à 40, les autres à 1 p. 100. On n'a donc pas le droit de dire que le fibrome prédispose au cancer, ni, ce qui revient à peu près au même pour la question qui nous occupe, que l'une et l'autre affection sont le terme de je ne sais quelle vague sclérose utérine.

Je ne parle ici que du cancer épithélial, car du sarcome il ne saurait vraiment être question après que les fibromes et le corps de l'utérus sont enlevés. Le sarcome du col est, en effet, à peu près inconnu.

Après avoir affirmé que les fibromes prédisposent au cancer du col, M. Richelot cherche une explication de ce fait, et il la trouve.

Si le fait était démontré, on pourrait faire assez bon marché de l'explication. Mais comme le fait reste à démontrer, l'explication prend la valeur d'une preuve récurrente, et c'est pour cela qu'elle mérite d'être étudiée.

Ici, l'argumentation de M. Richelot devient d'une subtilité pleine de charme, et, comme le charme est un grand élément de persuasion, on pourrait se laisser convaincre.

Dépouillée de son charme, elle consiste en ceci : les proliférations épithéliales de la muqueuse utérine sont constantes lorsqu'il existe des fibromes. Ces proliférations, par des degrés insensibles, conduisent au cancer.

Les relations de ces proliférations épithéliales avec le cancer, il faudrait les établir. Moi je ne veux pas discuter cette question, encore qu'elle soit du plus haut intérêt, je ne le veux pas parce qu'elle n'a rien à voir ici.

Peu importe que ces proliférations soient d'ordre inflammatoire, comme je l'ai toujours soutenu. Ce qui est certain, c'est qu'elles portent uniquement sur le corps de l'utérus, ou, plus exactement, sur la portion de la muqueuse dont le revêtement est *cylindrique*. Or, les cancers de la portion vaginale du col sont des *épithéliomes pavimenteux*. Et d'ailleurs, toute la partie à épithélium cylindrique est enlevée dans une hystérectomie subtotale bien faite.

Je ne puis donc admettre que le moignon du col qui reste après l'hystérectomie subtotale soit particulièrement prédisposé à devenir le siège d'un cancer. Et j'estime, comme tous ceux de mes collègues qui m'ont précédé à cette tribune, que ce danger hypothétique ne m'autorise pas à imposer à mes malades une opération plus laborieuse, plus longue, et partant dans une certaine mesure plus grave.

La seule modification que j'aie apportée à ma technique depuis que mon attention est attirée sur ce point est celle-ci. Je fais une thermo-cautérisation du canal cervical bien plus énergique qu'autrefois. Je la fais plus énergique pour détruire la muqueuse, ses glandes et une portion du tissu utérin sous-jacent, de façon qu'il ne reste qu'un moignon fibreux.

Récemment, on a nié les avantages de la thermocautérisation du canal cervical au point de vue aseptique. Si elle n'a pas d'avantages au point de vue de l'asepsie, elle en a au point de vue de la destruction des éléments épithéliaux.

M. Quénu. — Je n'aurais pas pris la parole sur cette question si je n'avais moi-même observé un cas de dégénérescence cancéreuse du col développé après une hystérectomie subtotale pour fibrome. D'après les recherches mêmes de M. Richelot, les cas de dégénérescence du moignon du col consécutif à une subtotale paraissent rares.

Sur près de 200 malades opérées depuis 1897, je n'en ai observé qu'un seul exemple, mais il me paraît à l'abri des objections que M. Ricard a formulées contre la plupart des observations de M. Richelot. L'envahissement du col, en effet, s'est produit plus de quatre ans après l'opération ; on ne peut donc objecter que la tumeur utérine fût primitivement suspecte. Ma malade fut opérée par moi au pavillon Pasteur, en novembre 1898, il y a cinq ans par conséquent ; elle avait alors quarante et un ans. Elle était entrée dans notre service pour des douleurs et des signes de salpingite ; ses règles étaient généralement abondantes. Aucune hémorragie dans l'intervalle. L'opération eut lieu le 21 novembre 1898 par laparotomie. Nous découvrîmes un fibrome du volume du poing, adhérent en arrière au Douglas qui était effacé. La trompe gauche était transformée en un gros abcès, l'ovaire du même côté renfermait un kyste gros comme une pomme.

Suites simples.

Depuis quelques mois, pertes sanguines continuelles. Nous constatons, par le toucher et par la vue, l'existence d'un cancer du col inopérable.

Cette observation plaiderait en faveur de la thèse soutenue par M. Richelot ; néanmoins, elle ne suffit pas, jointe à celles qu'il nous a apportées, pour entraîner la conviction.

M. Richelot part de cette proposition « que les malades fibromateuses ont plus souvent que d'autres des cancers du col de l'utérus » ; il s'agit, bien entendu, de cancers épithéliaux.

Cette proposition pourrait être démontrée par les faits ou par le

raisonnement. M. Richelot nous semble avoir plutôt choisi ce dernier moyen de démonstration.

- Il invoque la théorie inflammatoire qui prédispose au cancer ; dans la plupart des fibromes, la muqueuse est altérée, les glandes sont hypertrophiées ; d'autre part, les utérus cancéreux sont gros et les lésions de l'inflammation s'ajoutent à celles du cancer.

Je me borne à noter pour ces dernières qu'il est beaucoup plus simple d'admettre que les cancers de l'utérus, et ceux du col en particulier, étant éminemment septiques, la métrite est aussi souvent secondaire qu'antérieure, mais les faits seuls ont une valeur ; il faudrait démontrer qu'à un certain âge, les femmes atteintes de fibromes sont plus sujettes que les femmes non fibromateuses au cancer du col ; or, aucune statistique sérieuse, ainsi que vient de le dire M. Delbet, n'établit ni la fréquence des fibromes, ni celle du cancer ; ce qui est incontestable, c'est que de quarante à cinquante ans l'utérus est un terrain propice au fibrome et aussi un terrain propice au cancer ; mais de là à établir une filiation entre les deux, il y a loin ; vous n'y êtes pas plus autorisé qu'à inférer, de ce qu'une terre est favorable à la culture de deux plantes, que l'une favorise le développement de l'autre. M. Monod semble avoir apporté un argument à M. Richelot en invoquant la facilité du tissu de cicatrice à dégénérer ; mais que vous fassiez une totale ou une subtotale vous avez toujours du tissu de cicatrice au fond du vagin.

Je reste donc fidèle pour ma part à l'hystérectomie subtotale applicable à la grande majorité des cas, lorsque la tumeur enlevée n'est pas suspecte et lorsque le col n'est pas trop malade. Il est incontestable que parfois la totale est aussi facile que la subtotale lorsqu'on a affaire à des fibromes développés franchement dans l'abdomen avec étirement et allongement du vagin, mais dans un très grand nombre de cas, les fibromes s'accompagnent d'annexites, et, lorsque le col est fixé au fond du petit bassin, aucun parallèle, au point de vue de la facilité d'exécution, ne peut être établi entre les deux opérations.

Lecture.

M. Luc lit une note intitulée : *Suppuration du sinus frontal.* — Renvoyée à une commission : M. Berger, rapporteur,

---

Présentations de malade.

Radiothérapie dans le cancer.

M. Tuffier. — Depuis quelque temps cette question de la radiothérapie est à l'ordre du jour et les périodiques, surtout les pério-

diques de langue anglaise, sont remplis des bienfaits de cette méthode en particulier dans le cancer. Comme vous tous, j'ai été préoccupé de cette question et j'ai cherché à m'éclairer sur la valeur de ce traitement. J'ai fait avec M. Desfosses soigner par M. Dagincourt et par M. Haret une série de malades. Je crois qu'il faut être très réservé dans les conclusions à tirer de ces cas. Je vais vous en présenter deux exemples. Je crois qu'il n'y aurait aucun intérêt à vous montrer des malades guéris; voici donc deux malades en traitement; la photographie avant le traitement, l'état actuel en pleine thérapeutique vous permettront de vous rendre compte des résultats obtenus quand je vous les montrerai dans quelques semaines (Obs. I., Obs. II).

Obs. I. — M. D..., soixante-quatre ans, peintre en bâtiment.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une fluxion de poitrine. Mère morte à quarante-huit ans.

Antécédents collatéraux. — Sœur morte tuberculeuse.

Antécédents pathologiques. — Bronchites à vingt-quatre ans et vingt-six ans. Il y a vingt ans, le malade subit l'ablation de l'œil gauche (pour un glaucome aigu, très probablement). A part cela, il a toujours été d'une santé parfaite. L'état général a toujours été bon. Pas de syphilis. Il y a dix ans, sur l'aile gauche du nez apparaît un petit « bouton », saignant de temps en temps; il augmente peu de volume, pendant les six premières années, puisqu'il y a quatre ans il avait environ la dimension d'une pièce de 50 centimes. Mais depuis deux ans la marche en est plus rapide, et depuis trois mois l'envahissement a été tel que l'aile gauche du nez a complètement disparu, et le malade se présente à nous avec une plaie ayant ces dimensions : environ 3 cent. 1/2 de hauteur sur 2 cent. 1/2 de largeur. Elle est limitée en haut par une ligne horizontale située à 1 cent. 1/2 de la fente palpébrale; en dedans par une ligne de 5 millimètres de largeur parallèle au bord antérieur du nez; en bas par une bande sinueuse dont la plus grande largeur atteint 1 centimètre au-dessus de la lèvre supérieure et recouverte de moustache; en dehors par une ligne verticale passant par la commissure labiale. Cette plaie est profonde, anfractueuse et bornée de tous les côtés par des croûtes épaisses, formées de pus concrété et de sang desséché. (La disparition du cartilage de l'aile du nez est complète.) De temps en temps, tous les deux jours et même tous les jours souvent, lorsque le malade mange, la plaie saigne assez abondamment, l'hémorragie partant du côté externe de la plaie. Il n'y a jamais eu de douleur.

On commence le traitement radiothérapique avec la technique suivante :

Transformateur de M. Rochefart et trembleur à mercure du même constructeur (25 oscillations); le courant est fourni par le secteur Edison (transformateur grand modèle de 50 centimètres d'étincelle). Tube Focus avec osmo-régulateur de Villard (grand modèle), soupape (modèle Villard) avec osmo-régulateur.

Nous marchons avec une étincelle de 0,35 centimètres dans l'air, c'est-à-dire avec un courant de 70 volts au primaire sous 5 ampères; le tube est réglé de façon à obtenir des rayons n° 4 au radiochromomètre de M. Benoist. La partie malade est à 0,10 centimètres du tube; le sujet porte un masque en plomb, dans lequel on a découpé un trou de la forme de la plaie.

Il existe tout autour de la plaie une zone rouge surtout marquée vers la région malaire; nous la signalons au début afin qu'elle ne soit pas mise sur le compte d'une radiométrie, pendant le traitement.

27 *octobre* 1903, 1re séance, 30 secondes; 29 *octobre*, 2e séance, 1 minute; 31 *octobre*, 3e séance, 1 minute 30 secondes.

3 *novembre*, 4e séance, 2 minutes; 5 *novembre*, 5e séance, 2 minutes 30 secondes.

7 *novembre*, 6e séance, 3 minutes. Le malade a eu comme d'habitude de petites hémorragies locales, mais toutes les croûtes sont tombées, ce qui n'avait jamais eu lieu (elles tombaient partiellement). D'autres moins épaisses se sont reformées.

10 *novembre*, 7e séance, 3 minutes 30 secondes. Il n'y a pas eu d'hémorragie depuis deux jours. La plaie semble, au niveau de la joue, se niveler et se recouvrir d'une mince pellicule.

12 *novembre*, 8e séance, 4 minutes. Le fond de la plaie continue à s'aplanir, ceci est surtout visible sur une zone formant la moitié environ de la plaie totale; le fond est rosé, il n'y a plus d'anfractuosité, les bords qui séparent du tissu sain sont amincis et surplombent à peine de 2 millimètres.

14 *novembre*, 9e séance, 4 minutes 30 secondes. Depuis le 7 novembre pas d'hémorragie, jamais le malade n'était resté si longtemps sans saigner; le fond de la plaie est recouvert d'une sorte d'enduit jaunâtre sous lequel disparaît la couleur rosée constatée, il y a deux jours.

17 *novembre*, 10e séance, 5 minutes. Le visage étant entièrement protégé par le masque, nous jugeons inutile d'interrompre le traitement huit jours, comme nous en avons l'habitude.

19 *novembre*, 11e séance, 5 minutes 30 secondes. Le fond de la plaie est presque au niveau de la joue, sur le nez, les croûtes diminuent de largeur.

21 *novembre*, 12e séance, 6 minutes; 24 *novembre*, 13e séance, 6 minutes 30 secondes; 26 *novembre*, 14e séance, 7 minutes.

Obs. II. — Mme J..., soixante-dix ans. *Antécédents héréditaires.* Père mort d'accident et mère morte à quatre-vingt-huit ans.

Antécédents collatéraux. — Frère mort d'accident à soixante et onze ans. Sœur en bonne santé, vivante, quatre-vingt-un ans.

Antécédents pathologiques. — Péritonite à quarante ans (cause??). Depuis l'âge de seize ans, cette malade avait au sein gauche une petite tumeur qui n'avait jamais augmenté de volume et avait toujours été indolore.

A soixante-quatre ans, elle s'aperçoit qu'elle a également une petite tumeur indolore près du mamelon droit; elle va consulter, on lui fait

une ponction qui laisse persister une fistule par où suinte un liquide comparable à de l'eau un peu roussâtre.

Elle va ensuite consulter un autre médecin qui conseille une opération. A ce moment elle constate de l'amaigrissement notable, mais ne se résoud à être opérée que deux ans plus tard.

A soixante-six ans, elle entre donc à l'hôpital Bichat, on lui enlève le sein droit, et un mois après, on lui opère le sein gauche. La plaie se cicatrise, mais des petites douleurs apparaissent au niveau du tissu cicatriciel, et peu à peu se forme une ulcération au niveau et en avant du sternum, sur une cicatrice provenant de l'opération, cette ulcération du diamètre d'une pièce de 1 franc, au moment où elle se présente à nous, est recouverte de petites croûtes jaunâtres très adhérentes au fond dont une petite surface seule apparaît; cette petite portion est rouge et saignante.

Elle est le siège de douleurs passagères et très supportables.

Aucun ganglion.

Ce même jour, 12 août 1903, on commence les séances de radiothérapie.

On se sert des appareils suivants :

Transformateur de M. Rochefart et trembleur à mercure du même constructeur, le courant est fourni par le secteur Edison (transformateur grand modèle de 0,50 centimètres d'étincelle). Tube Focus avec osmo-régulateur de Villard (grand modèle). Soupape (modèle Villard), avec osmo-régulateur.

Nous marchons avec une étincelle de 0,35 centimètres dans l'air, c'est-à-dire avec un courant de 70 volts au primaire, sous 5 ampères; le tube est réglé de façon à obtenir des rayons n° 4 au radiochromomètre de M. Benoist; la partie malade est à 0,10 centimètres du tube.

Pous éviter les accidents de radiodermite, nous nous inspirons de la technique du Dr Alb. Weill.

Nous commençons donc par une séance de 30 secondes.

14 *août*, 2e séance, 1 minute. Tous les facteurs restant les mêmes.

16 *août*, 3e séance, 1 minute 30 seconde. Les chéloïdes semblent s'affaisser un peu.

18 *août*, 4e séance, 2 minutes. La malade sent quelques démangeaisons, mais on ne voit aucune réaction du côté de la peau.

20 *août*, 5e séance, 2 minutes 30 secondes; 22 *août*, 6e séance, 3 minutes. Les croûtes sont plus sèches.

24 *août*, 7e séance, 3 minutes 30 secondes. Les douleurs n'ont plus reparu depuis deux jours.

26 *août*, 8e séance, 4 minutes. Un petit fragment de croûte tend à tomber.

28 *août*, 9e séance, 4 minutes 30 secondes. Un fort morceau de croûte est tombé depuis la dernière séance; au-dessous le tissu est un peu rouge, mais uni.

30 *août*, 10e séance, 5 minutes. Il n'y a aucune réaction sur la peau autour de l'ulcération. On laisse la malade au repos pendant huit jours, afin de se mettre en garde contre les accidents de radiodermite qui apparaissent parfois tardivement.

7 *septembre*. Reprise du traitement, aucune réaction autour de la partie malade. La séance d'aujourd'hui est de 5 minutes 30 secondes (11e séance).

9 *septembre*, 12e séance, 6 minutes. Des petits fragments de croûte continuent à se détacher dans l'intervalle des séances.

11 *septembre*, 6 minutes 30 secondes; 13 *septembre*, 7 minutes. Le mieux continu.

15 *septembre*, 7 minutes 30 secondes. Il ne reste plus qu'un très petit fragment de croûte adhérente; tout le reste est tombé, laissant apparaître un tissu rose, uni. Pour la première fois on constate un peu d'érythème sur la poitrine, avant le début de la séance qui est faite néanmoins; mais la malade se reposera pendant huit jours.

23 *septembre*, 8 minutes. Il n'y a plus d'érythème.

25 *septembre*, 8 minutes. Les séances, suivant la technique indiquée plus haut, ne dépasseront pas cette durée.

27 *septembre*, 8 minutes. Il n'y a plus de croûte; l'ulcération primitive a fait place à une cicatrice d'aspect rosée, uniforme, et la cicatrice qui y aboutissait a diminué considérablement de volume. On cesse le traitement (18e séance). Nous ferons l'ablation partielle de cette cicatrice pour en étudier la structure.

La malade revue plusieurs fois par M. le Dr Desfosses continue a bien aller.

Je crois que pour juger de la thérapeutique du cancer il ne faut pas l'envisager en bloc. Il n'y a pas un cancer, il y a des cancers dont la gravité et l'évolution sont bien différentes. Les cancroïdes de la face, les récidives d'un cancer du sein dans la peau, puis les cancers viscéraux constituent par exemple des lésions de gravité progressivement croissante. Les résultats thérapeutiques obtenus dans les premiers seront peut-être tout à fait insuffisants pour les autres. Voici les conclusions qui semblent sortir des cas traités par la radiothérapie jusqu'à présent : c'est que les épithéliomas cutanés connus sous le nom de cancroïdes de la face peuvent être améliorés et, autant que l'aspect général permet de le croire, guéris pour un temps qu'on ne peut préciser. Les tumeurs secondaires, tumeurs cutanées dues à des récidives de cancer du sein, peuvent rétrograder localement, sans que rien soit changé dans leur évolution générale comme vous le voyez ici. Les tumeurs profondes ne sont guère modifiées dans leur marche par les rayons X.

Restauration d'une fissure congénitale de la voûte et du voile du palais par un lambeau vomérien fibro-muqueux (procédé de Lannelongue).

M. Pierre Sebileau. — Je vous présente un enfant de dix ans qui m'a été adressé par mon ami, le Dr Pietckiewicz, et à qui

j'ai restauré, il y a trois semaines, la voûte et le voile du palais, par un procédé peu connu, et surtout, je crois, très peu pratiqué : le procédé de M. O. Lannelongue.

Son auteur paraît, du reste, ne l'avoir employé que très peu de fois, et sans grand succès, puisqu'il écrivait récemment (1) : « Au lieu de prendre du vomer, nous détachâmes un lambeau fibro-muqueux sur la partie inférieure de la cloison, en décollant avec soin le périoste du vomer. Ce lambeau fut réuni au bord opposé de la fissure après avivement ; la réunion se maintint, mais la rétraction consécutive diminua très sensiblement l'étendue du lambeau, et nous dûmes pratiquer plus tard des opérations complémentaires en arrière sur le voile du palais, et, en avant, sur le bord alvéolaire. » Quoi qu'il en soit, le procédé dont je me suis servi sur ce petit patient, et qui m'a donné une très belle plastique, appartient bien à M. Lannelongue (2), qui l'a décrit ici, devant votre Société, en 1872.

Mon malade, qui avait déjà subi, il y a plusieurs années, l'opération de la cheiloplastie, avait une fissure complète, qui, étendue du bord alvéolaire à la luette, divisait la voûte et le voile du palais dans la totalité de leur étendue. La fente commençait, très étroite, entre l'incisive latérale et l'incisive médiane droites, l'une et l'autre atrophiées, se dirigeait obliquement à gauche et en arrière vers le trou palatin antérieur, et là, se redressait en courbe rapide, pour se porter horizontalement, d'avant en arrière, jusqu'au bord postérieur du voile, en s'élargissant progressivement au point d'atteindre, avant d'entamer la luette, près de trois centimètres. La voûte avait une disposition un peu ogivale ; cette voûte, et, d'une manière générale, tout le massif maxillaire, étaient plus développés du côté gauche que du côté droit. C'est sur le bord libre de l'apophyse palatine gauche, par conséquent sur la lèvre gauche de la fissure, que venait tomber, en pente douce, et comme se continuer avec elle, la cloison vomérienne épaisse, légèrement inclinée, recouverte d'une muqueuse rouge, un peu grenue.

L'enfant déglutissait bien, mais la parole était, pour ainsi dire, tout à fait inintelligible ; toutes les *explosives* (labiales p. b., dentales t., d., gutturales k. g.), ainsi que les *vibrantes* r. « rataient » ; comme, d'autre part, les *nasales* (m. n. gn.), et les *continues* elles-mêmes (f. s. ch.) avaient un timbre très nasillard, il

(1) M. Lannelongue. *Affections congénitales de la tête et du cou*, chap. I, p. 394, chez Masson, Paris, 1901.

(2) M. Lannelongue. Division congénitale de toute la longueur de la voûte palatine. Uranoplastie. Guérison. *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1872, 3e série, t. I. p. 566.

était impossible de suivre la lecture ou la conversation de l'enfant.

Je l'opérai presque sans espoir de réussir, tant la fissure était large.

Je commençai par aviver et libérer le lambeau droit, le plus étroit, suivant le procédé de Dieffedbach, Baizeau-Langenbech. Je pus alors me rendre compte qu'en traitant de la même manière le lambeau gauche, et en le mobilisant autant que possible, je n'arriverais pas à combler la perte de substance.

Je me décidai alors à employer le procédé de Lannelongue, qui, avant l'opération, m'avait paru applicable à ce cas particulier, et dont j'avais montré à mes élèves l'éventuelle nécessité.

Au-dessus de la lèvre gauche de la fissure (près de 3 centimètres) et parallèlement à la voûte palatine, je pratiquai donc, sur la fibro-muqueuse vomérienne, d'avant en arrière, dans toute l'étendue antéro-postérieure du septum nasal osseux, une incision comprenant toute l'épaisseur de cette fibro-muqueuse. Sur cette incision horizontale je fis tomber, parallèlement au bord antérieur et au bord postérieur du vomer, et le long d'eux, deux incision sverticales qui, intéressant, elles aussi, toute l'épaisseur de la fibro-muqueuse, descendaient jusqu'à la rencontre de la lame palatine.

Avec la rugine coudée de Trélat, je détachai alors précautionneusement, de haut en bas, et jusqu'au point où le vomer vient tomber sur la voûte palatine, le lambeau rectangulaire ainsi formé, lequel, devenu tout à fait flottant et renversé dans la bouche, se continuait avec la fibro-muqueuse encore adhérente de cette voûte.

Je me rendis compte que ce lambeau, rabattu en volet, avait assez d'étoffe, même sans mobilisation de la fibro-muqueuse palatine, gauche, pour combler toute la largeur de la fissure osseuse, et cela dans presque toute l'étendue antéro-postérieure de cette fissure, sauf tout à fait en avant, derrière l'arcade; mais, je me rendis compte aussi que, si je ne pratiquais pas cette mobilisation comme je l'avais fait déjà sur l'apophyse palatine gauche, je ne pourrais réunir qu'avec peine les deux moitiés du voile. Je complétai donc le « Baizeau-Langenbech », et je prolongeai très loin en arrière mes deux incisions libératrices latérales, dans le but de bien détacher, de bien assouplir le voile. Alors, de la luette au trou palatin antérieur, le rapprochement se fit avec une grande aisance.

Je fis toutes mes sutures au fil d'argent, en me servant de l'aiguille de Reverdin courbe. Comme toujours, je pris, dans les fils, toute l'épaisseur du voile et toute l'épaisseur de la fibro-muqueuse de la voûte. Nulle part il n'y eut la moindre tension.

Derrière le massif incisif, n'ayant pas pu prolonger mes incisions latérales au delà du trou palatin antérieur, de crainte de déchirer, surtout à droite où la voûte était plus étroite, la pointe antérieure du lambeau détaché de la lame palatine, je laissai persister l'extrémité tout à fait antérieure, et, d'ailleurs très étroite, de la fissure. C'est l'orifice que vous voyez sur ce moule en plâtre, mais que vous ne pouvez pas voir sur le malade, parce qu'il y est comblé par une petite plaque d'or sur le rôle de laquelle je reviendrai tout à l'heure.

Les suites opératoires furent excessivement simples, le petit patient ayant été, d'ailleurs, tout à fait docile.

Le résultat, comme vous pouvez voir, est très bon ; le voile est parfaitement reconstitué, large, long, souple et bien mobile ; la luette est complète et symétrique, assez rapprochée de la paroi pharyngée.

La plastique de la voûte est satisfaisante. Là où était la fissure, voyez la muqueuse buccale presque blanche, lisse, dense, se continuer avec une muqueuse rouge, un peu veloutée, plus fragile : celle-ci est la muqueuse nasale. Mais, chaque jour, je lui vois perdre ses caractères et s'accommoder au milieu où elle a été transplantée ; elle se durcit, ses teintes s'atténuent ; on sent que l'épiderme cesse d'être un épithélium de propulsion pour devenir un épithélium de protection. Touchez cette voûte artificielle : elle est élastique et dure ; le pont paraît solide.

En avant, derrière l'arcade, il y a donc un petit orifice, et, obturant cet orifice, une plaquette de métal qui s'appuie, à droite et à gauche, sur une dent. Sous la plaquette, nous avons placé un petit cercle d'or pourvu d'un rempart aigu dont l'arête est dirigée vers la perte de substance. Nous espérons ainsi rapprocher l'une de l'autre, par une action lente, les muqueuses qui recouvrent chaque lèvre de l'extrémité antérieure de la fissure ; un facile avivement, suivi d'un point de suture, fera le reste. J'aurai l'occasion de vous remontrer le malade et son petit appareil d'or, très ingénieusement combiné par M. Delair.

La parole s'est déjà beaucoup améliorée ; les consonnes *continues* sont bien prononcées ; parmi les *explosives*, les labiales sortent purement, mais les dentales et les gutturales « ratent encore » ; les *vibrantes* sont en progrès sensible, et les *nasales* sont beaucoup moins nasonnées.

Le procédé de Lannelongue m'a donc donné ici un résultat excellent ; il m'aurait été impossible de combler la fissure avec l'opération de Baizeau-Langenbech. J'ignore pourquoi on n'y a pas plus souvent recours ; c'est, sans doute, si j'en juge par ma pratique, que, dans un grand nombre de cas, le procédé classique

est suffisant et donne des tissus assez amples. Pour que le procédé de Lannelongue soit applicable il faut, d'une part, que certaines dispositions du vomer, en vérité très fréquemment réalisées, se prêtent à la taille et à la dissection du lambeau ; il faut ensuite que la muqueuse qui le recouvre ait une épaisseur et une résistance suffisantes, qui ne se rencontrent que sur les enfants d'un certain âge. J'ai essayé déjà la méthode, il y a quelques mois, sur une petite fille de quatre ans : j'ai eu un insuccès ; le lambeau nasal s'est déchiré, fragmenté. Je n'ai pu rien en faire.

C'est, du reste, le seul cas manqué de ma pratique, en matière de restauration du voile et de la voûte du palais, opération que j'ai faite, à l'heure actuelle, un assez grand nombre de fois.

Je ne veux pas entreprendre de discuter aujourd'hui sur la technique opératoire et les indications de cette opération ; mais je dois dire que je la pratique aujourd'hui en me servant d'un bon éclairage, ce qui est fondamental, avec une instrumentation très réduite et très simple (l'ouvre-bouche courant d'O'Dwyer, un bistouri et une pince à disséquer longue, deux rugines de Trélat, un tord-fils de Coghill et une aiguille de Reverdin courbe).

Je fais toujours l'opération en un seul temps ; la palatoplastie d'Ehrmann me paraît une complication tout à fait inutile.

Enfin, je me demande si, malgré les tendances qu'ont aujourd'hui les chirurgiens à opérer dans la première enfance, il n'y a pas intérêt à s'en tenir aux règles qui étaient classiques il y a quelques années. Il me semble que c'est de sept à dix ans que la plastique des fissures palatines offre son maximum de facilité et de chances de réussite. Sans parler ici des commodités opératoires rendues différentes, chez les uns et les autres, par les dimensions de la cavité où l'on opère, et de la docilité tout à fait opposée des premiers et des seconds, je trouve que les petits enfants (ceux qu'on opère de deux à cinq ans) ont des tissus mous, fragiles, qui résistent mal aux instruments, à la traction, aux fils ; cela compromet beaucoup le résultat final.

Plaie du crâne par arme à feu, — trépanation au milieu des accidents secondaires, — guérison, sans extraction de la balle qui siège au niveau de la selle turcique. — Présentation du malade et de la radiographie.

M. Lucas-Championnière. — Le malade que je présente est intéressant parce qu'il permet de confirmer une règle chirurgicale que j'ai défendue bien des fois.

Les accidents secondaires ne doivent pas empêcher de trépaner un sujet chez lequel une plaie pénétrante du crâne par

arme à feu a causé les accidents. Malgré ces mauvaises conditions les résultats de la trépanation ont assez de chances de succès. Même dans le cas où la trépanation ne conduit pas à l'extraction de la balle ses effets peuvent être favorables au sujet.

X..., âgé de vingt et un ans est entré à l'Hôtel-Dieu le 11 octobre 1903 après une tentative de suicide. Avec un revolver du calibre 8 il s'est fait une plaie de la région temporale droite.

Des ordres sont donnés pour faire faire une radiographie immédiate. Elle n'est point faite. Le sujet, d'abord en bon état, perd connaissance le 16 octobre, sa température monte. Le 17 au matin il est comateux, la température s'est élevée à 38°8 et le pouls est lent (52).

Le sujet est si mal que l'on se demande s'il pourra supporter une intervention.

Il est endormi avec le chloroforme et une incision est faite au niveau de la région temporale droite au-dessus du trou d'entrée du projectile. On voit alors que celui-ci a pénétré de haut en bas et que l'orifice cranien est au niveau de l'arcade zygomatique.

Le crâne est largement ouvert au-dessus avec un trépan et avec des pinces coupantes. La dure-mère est ouverte largement.

Le doigt pénètre dans la dure-mère pour l'exploration.

Je reconnais que la balle a dû se diriger vers la base du crâne.

Mon doigt explorateur pourrait du reste se diriger dans tous les sens car la résistance du tissu cérébral est nulle. Le crâne est vidé de volumineux caillots sanguins. La plaie est suturée et le crâne est drainé.

Dès le soir la température s'est abaissée à 37°6, dès le lendemain elle descend à 36°6 pour ne plus remonter.

Le lendemain le malade à pu parler, reprendre connaissance. Depuis ce temps, sans incident aucun, les accidents ont progressivement disparu. Le drainage avait été supprimé le quatrième jour. Aucun phénomène de suppuration ne s'est produit.

Je présente ce sujet aujourd'hui comme une bonne démonstration des préceptes que j'ai depuis longtemps défendus.

Quelle que soit l'apparence du sujet en accidents secondaires après les plaies du crâne, l'intervention peut donner une bonne guérison et doit être faite.

L'élévation de la température et la perte de connaissance n'indiquent pas des phénomènes inflammatoires sans ressource.

Les évacuations de sang, de sérosité, d'esquilles sans même que le projectile puisse être atteint peuvent donner la guérison.

Enfin, quoi qu'on en ait dit, les projectiles ne sont pas fatalement infectés et leur ablation est bien loin d'être une nécessité essentielle pour la guérison.

Ici malheureusement, à cause de notre mauvaise organisation hospitalière, la radiographie n'a pu être faite immédiatement et dès lors n'a pas servi à nos déterminations.

Toutefois elle nous montre très nettement la balle logée au voisinage de la selle turcique où elle s'est enkystée et a toutes chances de rester indéfiniment inoffensive si on ne cherche pas à l'atteindre par des efforts intempestifs.

J'ai plusieurs fois suivi cette pratique.

Je puis citer six autres cas de plaies pénétrantes du crâne par armes à feu opérées dans des conditions analogues.

Trois cas de mort rapide, l'intervention n'ayant rien fait.

Dans un autre cas, il y eut extraction de balle, et la malade semblait devoir guérir, quand elle fut emportée au douzième jour par une pneumonie.

Deux autres sujets ont très bien guéri, l'un après extraction d'une balle peu profonde, l'autre sans extraction, la balle se trouvant, la radiographie l'a démontré, en une situation très analogue à celle observée ici.

Contrairement à quelques affirmations dues à des chirurgiens peu familiarisés avec la chirurgie cérébrale, toutes ces interventions qu'il faut faire hardiment et très larges, pour de bonnes évacuations, ne doivent pas être l'occasion d'explorations de la substance cérébrale analogue aux explorations dans la cavité abdominale. Il n'y a aucune comparaison à établir entre les deux conditions, l'exploration du cerveau pouvant entraîner des désordres extraordinaires que le projectile n'avait pas fait.

Toutes ces considérations s'appliquent surtout aux projectiles issus du revolver, et du revolver usuel, de petit calibre. Les plaies des armes de guerre peuvent se produire dans des conditions sensiblement différentes.

Présentations de pièce.

Utérus fibromateux. — Orifice interne du col fermé.

M. Routier. — L'utérus que je vous présente, bourré de fibromes, provient d'une hystérectomie subtotale que j'ai pratiquée il y a quinze jours; la malade va très bien.

La particularité sur laquelle j'attire votre attention, c'est que la cavité de cet utérus est close, et qu'elle paraît bien fermée et depuis longtemps.

Au contraire, le col était muni de sa cavité que j'avais vue à mon examen, et que j'ai facilement trouvée quand j'ai suivant ma coutume cautérisé le col au thermo pour détruire la muqueuse.

Je dois dire que j'avais opéré cette femme surtout pour remédier à des douleurs qui paraissaient dues à la compression exercée par un fibrome dans le petit bassin.

J'avais été frappé de l'absence de métrorragies ; à peine avait-elle des règles trop fortes durant quatre ou cinq jours.

Elle avait appendu à son utérus un fibrome pédiculé, gros comme une orange.

Cette absence de métrorragies dans un cas d'utérus bourré comme celui-ci de fibromes dont plusieurs sont sous-muqueux, est évidemment expliquée par cette absence de communication de la cavité du corps avec l'extérieur ; je dois dire qu'il n'y avait pas de rétention et que les annexes étaient sains.

J'ai présenté ici, il y a quelque douze ou quinze ans, des pièces d'hématosalpinx, symptomatiques de la disparition de la cavité utérine causés par des applications du crayon de Dumontpallier.

Ici rien de tel. Il ne m'a pas été possible de savoir ce qu'on avait fait sur le col ; je n'ai pu relever que des cautérisations de nitrate d'argent, incapables, je crois, d'amener une complète sténose.

Tuberculose iléo-cæcale.

M. Routier. — Je vous présente 20 centimètres d'iléon et 15 centimètres de cœcum, avec un énorme paquet de ganglions situés dans l'angle formé par ces deux segments intestinaux, provenant d'une résection que j'ai faite il y a dix jours, chez une enfant de dix-sept ans.

J'attire votre attention sur cet appendice extraordinairement dilaté et épaissi qui contenait des matières fécales.

Inutile de vous dire que cette malade n'a jamais eu de symptômes d'appendicite.

J'ai fermé les deux bouts intestinaux et les ai réunis ensuite par une anastomose latérale.

J'avais fermé le tout, mais j'ai du rouvrir le deuxième jour la plaie abdominale ; il a coulé quelques gouttes de sérosité.

La malade est allée à la selle spontanément.

Elle irait parfaitement si elle n'avait une parotidite à gauche, qui se vide par le canal de Stenon ; ce qui lui a valu 38°2 à deux reprises.

L'état général paraît parfait cependant, et je compte sur la guérison.

M. Mauclaire. — *Épiplocèle avec torsion intra-sacculaire du pédicule.* — M. Picqué, rapporteur.

Fracture sous-trochantérienne spontanée du fémur par contraction musculaire chez un adulte; radiographie.

M. François Hue (de Rouen), membre correspondant. — La fracture du col du fémur par contraction musculaire ne semble pas admise sans conteste par tous les auteurs et Nélaton, entre autres, fait jouer le plus grand rôle dans les faits de ce genre à la raréfaction du tissu osseux. Aussi les observerait-on surtout chez les gens âgés, en dehors même des cancéreux. Riedinger et Linhart, d'après leurs recherches expérimentales, admettent que la contraction musculaire ou le renversement du tronc en arrière détermine un véritable arrachement par tension du ligament de Bertin, ce qui fait que le trait de fracture passe par la ligne intertrochantérienne, à l'insertion de ce ligament. Voici une observation, appuyée d'une radiographie, qui paraît légitimer cette théorie. Sa rareté, en même temps que la récente communication de M. Lucas-Championnière (18 nov.), m'a déterminé à vous la présenter.

Le blessé, charretier vigoureux de quarante-quatre ans, nommé P..., au service d'un cammionneur de charbons, s'était fracturé la hanche, quatre mois avant le jour où je fus appelé à l'observer à propos d'un règlement de la loi sur les accidents, c'est-à-dire le 23 février 1902.

Des renseignements précis dont j'ai pu m'entourer, il résulte que ce jour-là, il était occupé, comme tous les autres jours, à transporter sur l'arrière de sa voiture des sacs de charbon de 60 kilos environ que ses compagnons chargeaient ensuite sur leurs épaules. Comme toujours, il saisissait le sac des deux mains, se cambrait en arrière, élevait le sac jusqu'à son abdomen et, le tenant ainsi devant lui, le transportait les quelques pas nécessaires sur le plancher de sa longue charrette. Dans une de ces manœuvres, il ressentit une douleur vive dans la hanche droite avec la sensation d'un craquement. Il crut que quelqu'un lui avait donné un coup, mais il était seul sur sa voiture. Il lâcha immédiatement le sac qu'il venait d'élever à la hauteur de sa ceinture et se cramponna à la ridelle pour ne pas tomber. On vint à son secours, il fut avec précaution assis sur les sacs qui restaient et reconduit ainsi à son domicile.

Le D[r] Pris qui le vit alors constata une énorme tuméfaction de la partie supérieure de la cuisse avec impotence absolue du membre et douleur vive dans les mouvements provoqués. Le membre fut à peine immobilisé, car l'absence de chute ou de coup avait fait rejeter l'idée d'une fracture.

Ce ne fut qu'au bout de deux mois que le blessé put sortir de

son lit. Il commença à marcher avec des béquilles. Lors de mon examen, quatre mois après l'accident, il pouvait se contenter d'une canne. La claudication était marquée, mais la douleur diminuait de jour en jour, en même temps que la marche devenait de plus en plus facile.

A ce moment, l'existence d'une fracture du fémur était affirmée par la déformation du membre et le raccourcissement. La cuisse formait un angle saillant en dehors à sa partie supérieure, ce qui lui donnait une incurvation à concavité interne. La région du trochanter était occupée par une masse osseuse qui paraissait un cal volumineux. Les mouvements avaient la moitié au moins de leur amplitude normale. Les muscles étaient peu atrophiés eu égard à une pareille lésion. Le raccourcissement était de 4 centimètres.

La radiographie que je vous présente, montre que le trait de fracture a dû passer immédiatement sous le trochanter et que la cicatrisation s'est faite par un cal volumineux peut-être à cause de l'immobilisation incomplète sans traction.

Il m'a semblé qu'il fallait rejeter le diagnostic de fracture pathologique parce que le blessé n'a aucune tare apparente, aucun antécédent morbide, pas d'athérome artériel apparent. L'accident n'a été précédé d'aucune douleur. La consolidation s'est faite dans les délais normaux. La douleur et la tuméfaction ont été en diminuant en même temps que les fonctions du membre se rétablissaient.

M. Lucas-Championnière. — L'observation présentée par M. Hue me paraît particulièrement intéressante après celle que je vous ai présentée dans la dernière séance.

Il est très curieux de constater que cette fracture spontanée a été suivie d'une guérison rapide, avec gros cal bien solide dans des conditions qui ne manquent pas d'analogie avec la fracture du tiers inférieur de la cuisse que j'avais vu suivie de guérison, telle que le sujet âgé de cinquante et un ans, avait pu recommencer à porter des poids de 100 kilogrammes.

M. Walther. — Mon ami, M. Hue, a étiqueté son observation fracture spontanée. Je ne puis accepter cette épithète. Ce n'est pas là une fracture spontanée. . . . .

Lorsqu'un homme soulève un aussi lourd fardeau, s'il fait un mouvement de côté, il peut se produire une torsion du fémur avec une force considérable, puisque cette force est représentée par tout le poids de la partie supérieure du corps plus le fardeau soulevé. Il faut aussi tenir compte de la très violente contraction musculaire qui accompagne l'effort nécessaire à l'élévation et au soutien du poids.

Nous devons réserver le nom de spontanées aux fractures produites sous l'influence d'un effort minime, d'un simple mouvement, sans intervention d'une force étrangère, d'un poids lourd.

M. Lucas-Championnière. — M. Walther a parfaitement raison de dire que la dénomination de fracture spontanée est mauvaise, puisqu'il y a eu comme cause un traumatisme encore assez important.

Mais ces dénominations sont courantes et caractérisent des cas dans lesquels les os ont évidemment une fragilité spéciale, puisqu'ils se brisent sous des efforts qui communément n'amènent pas de semblable lésion.

Or, cette fragilité, dans ces cas, n'implique pas du tout une insuffisance dans les phénomènes de réparation. Au contraire, il y a eu, dans nos cas, une réparation exceptionnellement satisfaisante. Le gros cal en est le témoignage. Il a été le même dans mon observation. Je ne saurais interpréter la radiographie comme se rapportant à une tumeur, qui ne se serait pas accompagnée de la consolidation si bien constatée. C'est un cal exubérant comme on en voit dans les meilleures réparations.

M. Michaux. — Je vois sur cette radiographie un très volumineux cal et je me demande s'il n'existait pas chez ce malade, quelque altération préalable du fémur comme un ostéo-sarcome, dont l'évolution ultérieure du foyer de fracture démontrerait l'existence.

Elections.

Nomination d'un membre titulaire.

Nombre de votants : 35. — Majorité 18.

M. Lyot	obtient	28	voix.
M. Rieffel	—	2	—
M. Morestin.	—	2	—
M. Arron	—	1	—
M. Souligoux.	—	1	—
Bulletin blanc	—	1	—

En conséquence, M. Lyot est nommé membre titulaire de la Société de Chirurgie.

Le Secrétaire annuel,
Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1903

Présidence de M. KIRMISSON.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

Communications.

Kyste muqueux de l'ethmoïde chez un enfant atteint de crises d'épilepsie; drainage et curettage orbito-nasal; guérison de l'épilepsie en même temps que de la tumeur (1),

par M. le Dr MASSE (de Bordeaux),
membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Cette observation est intéressante à divers points de vue. Les connexions de l'ethmoïde et de la cavité orbitaire rendent cette cavité solidaire des lésions de cet os. Les rapports peu éloignés du cerveau et de ses enveloppes nous expliquent les désordres nerveux qui peuvent être mis sur le compte de tumeurs qui par leur voisinage avec cet organe peuvent influer sur le développement de crises épileptiques.

L'observation que nous publions aujourd'hui est commune au professeur agrégé Lagrange et au professeur Masse, qui ont été appelés à donner des soins à l'enfant.

L'enfant Marc M... a présenté pendant son jeune âge de nombreuses convulsions au cours d'affections fébriles de différents genres. On note dans ses antécédents une scarlatine à l'âge de six ans, à la suite de laquelle on a vu survenir un écoulement purulent dans l'oreille. A cette même date, on a vu se développer un abcès à la région interne de l'orbite, qui a donné lieu à de la suppuration qui s'est tarie en quinze jours. Nous n'avons aucun renseignement précis sur ce premier abcès.

(1) Travail lu par le Secrétaire général.

En 1898, on a vu survenir chez l'enfant, alors âgé de treize ans, des attaques d'épilepsie dont la première en date est du 15 août 1898. En même temps, apparaît une tumeur à la région interne de l'orbite; l'œil était larmoyant, un peu projeté en bas et en dehors; la dureté de la saillie osseuse se présentait à l'exploration comme une exostose qui paraissait se développer sur l'ethmoïde.

Le Dr Lagrange n'avait senti aucune espèce de fluctuation dans cette tumeur qui paraissait entièrement solide. Le diagnostic d'exostose fut d'abord posé.

Les crises épileptiques devinrent assez fréquentes.

Au mois d'avril 1900, l'enfant contracta une rougeole qui évolua d'une façon assez bénigne, mais on s'aperçut qu'au cours de la rougeole la tumeur, qui était restée jusqu'alors dure, présentait une véritable fluctuation.

Appelé à voir cet enfant en consultation avec le Dr Lagrange, nous nous décidâmes à intervenir chirurgicalement, en faisant sur la tumeur une incision assez large et assez profonde pour pratiquer dans la région des cellules ethmoïdales un curettage orbito-nasal.

L'incision donna issue à du liquide de consistance colloïde, un peu jaunâtre et filant. La tumeur était une mucocèle développée dans les cellules ethmoïdales; la charpente osseuse de ces cellules avait disparu et la tumeur était devenue un kyste. Le drainage orbito-nasal, après un soigneux curettage, fut bien établi. Ce drainage permit de faire de grands lavages à travers les fosses nasales.

Après deux mois de soins assidus, croyant la cavité à peu près oblitérée, le drainage fut supprimé. La nature de l'écoulement nasal s'était modifiée; il était devenu purulent et enfin il avait paru s'épuiser. A plusieurs reprises la tumeur s'était reformée, elle dut être incisée et lavée. Enfin les lavages vinrent à bout de l'écoulement muco-purulent.

Les attaques d'épilepsie devinrent de moins en moins fréquentes et plus courtes. Voilà bientôt deux ans que notre malade n'a pas eu d'attaques et nous pouvons le considérer comme guéri de sa tumeur et de son épilepsie.

Notre malade a été soumis en même temps, sur les conseils du professeur Pitres, à un traitement bromuré intensif. Il ne prend plus de bromure à l'heure actuelle; il se porte à merveille et a aujourd'hui dix-huit ans.

La tumeur s'était développée dans les cellules ethmoïdales. Contenue d'abord dans les limites de cette région, elle avait plus tard, sous l'influence de la scarlatine, et plus tard encore sous

l'influence de la rougeole, subi différentes poussées qui avaient eu une influence sur les sécrétions de la muqueuse. Le voisinage du cerveau et des méninges explique les troubles cérébraux qui coïncident avec la présence de la tumeur et qui ont disparu en même temps qu'elle

---

Epithélioma de la muqueuse de l'isthme utérin et hématomètre. Petit fibrome de la paroi postérieure. Hystérectomie abdominale totale (1),

par M. le Dr BARETTE,
Membre correspondant.

Bien que la discussion soulevée par mon excellent maître et ami M. Richelot sur la dégénérescence épithéliomateuse des moignons de col utérin soit close, je crois de mon devoir d'envoyer à la Société l'observation d'une malade sur laquelle j'ai pratiqué il y a quelques jours une hystérectomie abdominale totale.

Mme X..., âgée de soixante-deux ans, arthritique, n'a jamais eu d'enfants. Elle cessa d'être réglée à quarante-neuf ans. Il y a deux ans elle remarqua que de temps en temps elle avait un très léger suintement rosé. Il devint ensuite continu, mais toujours très peu abondant; jamais il n'y a eu de perte de sang pur. Six mois environ après le début, se montrèrent des douleurs sourdes et passagères dans le bas-ventre; depuis huit mois elles furent d'abord plus intenses, plus fréquentes, enfin elles sont devenues permanentes avec exacerbations à l'occasion de la moindre fatigue et surtout la nuit. La malade a maigri, ses forces ont notablement diminué; elle a été atteinte de glycosurie grave qui a cédé à un traitement médical bien suivi.

L'examen du ventre nous a montré une tumeur ovoïde, volumineuse, remontant à un travers de doigt de l'ombilic. Elle était lisse, régulière un peu plus développée à droite, très sensible au toucher, mobile latéralement. Au toucher vaginal on trouvait le col lisse, normal, fermé, s'élargissant assez rapidement en haut pour se continuer avec le segment inférieur de l'utérus qui augmentait rapidement de volume. Les mouvements imprimés à la tumeur abdominale se transmettaient au col et réciproquement bien qu'avec une certaine difficulté due au volume de l'organe.

Au spéculum, le museau de tanche se montrait de volume normal, très congestionné, sans exulcération; on voyait un peu de liquide rosé suinter à travers le pertuis cervical; nous n'avons pas jugé prudent d'introduire l'hystéromètre.

(1) Travail lu par le secrétaire général.

La forme, le volume, la dureté et la sensibilité de la masse nous avaient fait porter le diagnostic de tumeur sarcomateuse de l'utérus. L'âge de la malade éloignait l'idée de fibrome ; l'absence d'hémorragies, celle d'épithélioma endo-utérin.

Nous avons, ces jours derniers, pratiqué sur notre malade l'hystérectomie abdominale totale, elle nous a présenté un incident intéressant.

Après avoir sectioné les ligaments larges, puis taillé, décollé et séparé mes lambeaux péritonéaux antérieur et postérieur, je renversais fortement en avant, à l'aide de la main gauche, la masse utérine, afin de dégager les deux côtés du segment inférieur et placer une pince sur les deux pédicules artériels. Soudain, l'utérus se rompit transversalement au niveau de l'isthme; de grosses fongosités et un peu de liquide brunâtre sortirent de la tranche supérieure de la rupture. J'achevai immédiatement d'un coup sec la séparation commencée par la rupture. Je pus ensuite facilement extraire totalement le moignon cervical restant et lier les utérines. Toilette, drainage vaginal et hypogastrique. Jusqu'ici les suites de l'intervention sont normales.

L'examen de l'utérus enlevé nous a montré les particularités suivantes. Son plus grand diamètre mesurait 18 centimètres pour la largeur, 19 centimètres pour la hauteur. L'incision de la face antérieure du corps livra passage à une masse liquide épaisse, poisseuse, inodore, absolument semblable au contenu hématique des vieilles hématocèles vaginales. La muqueuse du corps de l'utérus était blanchâtre, lisse, dure et tapissée de placards fibrineux jaunâtres. Au niveau de l'isthme elle était détruite par des bourgeons épithéliomateux obstruant complètement la partie supérieure de la cavité cervicale et présentant du côté de la cavité utérine des prolongements formant de longues villosités.

Sur la tranche on voit nettement que la néoplasie épithéliale a envahi déjà profondément la couche musculaire sous-jacente sans toutefois se montrer à sa surface externe. La rupture s'est produite justement dans cette région où le muscle utérin est envahi. La paroi musculaire du corps est épaissie et mesure de 12 à 14 millimètres en moyenne. Cette hypertrophie a dû se faire parallèlement à la dilatation de la cavité utérine. Cette dilatation a été produite par l'accumulation du sang produit par la partie supérieure de l'épithéliome isthmique. L'oblitération du canal cervical empêchant l'hémorragie de se faire au dehors, l'hématomètre s'est produit, et la musculeuse utérine a subi une hypertrophie compensatrice. Nous devons encore faire remarquer qu'après l'évacuation de son contenu la paroi utérine est revenue d'un tiers sur elle-même.

Au milieu de la paroi postérieure de l'utérus l'incision de la muqueuse nous a permis de constater la présence d'un petit fibrome du volume d'une grosse noix.

L'observation que nous venons de relater et l'examen de la pièce nous ont suggéré la réflexion suivante. Supposons que la malade ait eu dix à douze ans de moins, que le fibrome, ici tout petit, ait dominé la scène et provoqué une hystérectomie, supposons en même temps que la lésion épithéliale de l'isthme ait été tout à fait à son début au point de passer inaperçue au moment de l'opération. Celui qui aurait fait l'hystérectomie subtotale aurait bientôt vu éclater la transformation épithéliomateuse du moignon cervical, tandis que celui qui aurait fait l'ablation totale aurait pu ne pas avoir de récidive.

Anurie par cysto-épithéliome des deux ovaires. Ovariotomie au troisième jour de l'anurie. Guérison (1).

par M. G. CHAVANNAZ (de Bordeaux),

Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris.

Les troubles de l'appareil urinaire sont fréquemment observés chez les femmes présentant des tumeurs de l'utérus ou des ovaires, mais si de pareilles malades offrent souvent de l'albuminurie, de la pollakiurie ou de la rétention d'urine, il est par contre beaucoup plus rare de noter l'anurie, surtout, si l'on met de côté les cas de cancers utérins arrivés à la période ultime de leur évolution.

L'anurie du fait d'altérations de l'appareil génital de la femme, exception faite encore une fois du cancer utérin, est très rarement observée, si du moins on s'en rapporte aux cas rencontrés dans la littérature médicale.

Rochet a étudié cette question dans un travail paru en 1894 et ayant pour titre : Des indications opératoires que présentent certaines tumeurs abdominales ayant comprimé les uretère et déterminé des lésions rénales. Le mémoire du chirurgien lyonnais ne signale guère qu'une observation due à M. Tuffier, dans laquelle nous voyons un gros fibrome utérin enclavé dans le bassin déterminant une anurie persistante. L'hystérectomie pratiquée au troisième jour de l'anurie amena la guérison. C'est une terminaison aussi heureuse que nous avons obtenue dans le cas que nous avons l'honneur de vous rapporter ici :

(1) Travail lu par le secrétaire général.

Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans, F. F..., auprès de laquelle nous sommes appelé le 8 septembre 1903 par nos excellents confrères MM. Borde et Oraison.

Cette femme a toujours été bien portante jusqu'à ces derniers temps. Réglée à quinze ans, sans aucune souffrance et très régulièrement, elle s'est mariée à trente-quatre ans et a accouché à trente-huit ans d'une fille bien constituée. Les suites des couches ont été normales.

Les antécédents héréditaires de F. F... sont excellents et, encore une fois, sa santé a été parfaite jusqu'à cette année.

Depuis six mois, les règles ont cessé, la malade a eu quelques troubles stomacaux, aussi s'est-elle considérée comme enceinte; cette idée a pris encore plus de consistance chez elle, quand est survenue, il y a un mois et demi, une augmentation progressive du volume du ventre. F. F.. a consulté alors des sages femmes et un de nos confrères spécialement adonné à la pratique de la gynécologie, mais elle n'a pu, dit-elle, recueillir d'avis ferme sur sa situation exacte.

Dans les derniers huit jours qui ont précédé notre examen, de vives douleurs se sont manifestées dans le côté gauche du ventre, plus spécialement au niveau de l'hypocondre, et la malade a dû s'aliter.

Au moment de notre visite, voici ce que nous notons :

Facies pâle, fatigué, mais non péritonéal. Pouls 80, température axillaire 37°3.

Ventre extrêmement volumineux, fluctuant, mat à la percussion; les déplacements de la malade déterminent, assez vaguement au reste, les modifications de matité rencontrées dans l'ascite.

Au toucher, le col normal est repoussé en haut et en avant, collé contre la symphyse pubienne, et se trouve immobilisé dans cette situation. Dans le cul de sac postérieur on sent une masse dure, immobile, remplissant la cavité pelvienne.

Les membres inférieurs et la région hypogastrique sont fortement œdématiés.

La malade qui a rendu la veille une petite quantité d'urine très foncée n'a pas émis d'urine de toute la journée.

En présence de ces symptômes, nous portons le diagnostic probable de cysto-épithéliome de l'ovaire avec ascite et phénomènes de compression; nous considérons l'intervention comme urgente. La malade entre le 9 septembre à l'hôpital Tastet-Girard, où nous avions alors l'honneur de suppléer le professeur Demons.

Depuis le moment de notre premier examen jusqu'au 10 septembre, date de l'opération, la malade n'a pas rendu d'urine. Le

cathétérisme montre que la vessie est vide. L'état général ne s'est pas modifié; il n'y a pas de vomissement. Les douleurs abdominales sont localisées à la région lombaire gauche, mais la pression en ce point n'est pas douloureuse, et la palpation ne permet d'y déceler aucune tuméfaction.

Le 10 septembre 1903, après anesthésie chloroformique, nous pratiquons la laparotomie.

Le ventre ouvert il s'écoule une quantité considérable de liquide ascitique citrin.

Dans le petit bassin, nous apercevons alors une masse située en arrière de l'utérus et repoussant celui-ci contre la paroi pelvienne antérieure. Après section du pédicule utéro-ovarien droit, nous arrivons assez péniblement à extraire cette masse polykystique du volume d'un gros œuf d'autruche qui était bloquée très étroitement dans la cavité pelvienne; il s'agissait d'un cysto-épithéliome de l'ovaire droit avec portions solides très développées.

L'ovaire gauche, lui aussi très altéré, du volume d'une orange, mais situé au dessus du district supérieur, est extirpé après section de son pédicule. Ce pédicule relativement long présentait une torsion d'un demi tour de spire. L'ovaire gauche était le siège d'un cysto-épithéliome, mais présentait en outre une portion kystique dermoïde remplie par une touffe de cheveux.

L'opération a été pratiquée en position de Trendelenburg, dès que le liquide ascétique a été évacué. La suture abdominale est faite par places, en laissant, à la partie inférieure de l'incision, la place d'un drain destiné à assurer l'évacuation du liquide ascitique pouvant encore exister dans l'abdomen après la laparotomie.

L'intervention qui a duré trente-cinq minutes a été bien supportée.

Les suites opératoires ont été particulièrement simples.

Dès le premier jour la malade a rendu un litre d'une urine normale. La guérison par première intention a été obtenue, et nous avons pu revoir ces jours-ci notre opérée, en parfait état de santé.

En raison même des conditions spéciales dans lesquelles se trouvait la malade, nous avons cru devoir nous abstenir de recherches qui quoique intéressantes au point de vue scientifique, auraient pu devenir nuisibles en augmentant la durée de l'opération. C'est ainsi que nous avons négligé d'explorer les reins et d'examiner les uretères. Au reste, tout dans l'histoire de notre malade nous semble bien démontrer que nous avons eu affaire à une anurie par compression uretérale, au cours d'un cysto-épithéliome de l'ovaire.

Nous avons opéré pendant la période d'euphorie, et nous nous sommes attaqué à la cause même de l'anurie en supprimant la

tumeur ovarienne. Si nous avions été obligé d'intervenir dans des conditions moins favorables, si la tumeur avait présenté des difficultés opératoires très accentuées, ou encore si la situation avait été plus immédiatement menaçante, nous aurions pu discuter la question de la néphrostomie; mais encore une fois, chez notre malade, l'intervention directe était, à notre sens, pleinement justifiée.

En soumettant cette simple observation à la Société de Chirurgie, nous serions trop heureux si nous pouvions provoquer la mise au jour de faits analogues au nôtre, et si nous obtenions ainsi d'être fixé tant sur la fréquence de l'anurie au cours des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, que sur la valeur des interventions chirurgicales dirigées contre un pareil accident.

Discussion.

A propos de l'hystérectomie pour fibromes.

M. Monprofit (d'Angers). — La discussion soulevée par la communication de M. Richelot a intéressé tous ceux qui s'occupent d'hystérectomie, et je vous demande la permission de dire quelques mots à ce sujet.

J'ai dès le début pratiqué plus volontiers l'hystérectomie totale que la susvaginale, et je n'ai pas beaucoup modifié ma façon de procéder dans ces derniers temps.

Il est incontestable que la susvaginale ou subtotale, est plus rapidement, plus facilement faite que la totale, il est incontestable aussi que l'hémostase est plus facile; malgré cela il ne faut pas exagérer les dangers et les difficultés de l'ablation totale; lorsqu'on y est un peu rompu, il n'y a entre les deux procédés qu'une légère différence de temps, et on peut arriver à faire une hémostase aussi sûre dans un procédé que dans l'autre.

Il est cependant des cas dans lesquels l'extraction totale du col peut être tellement laborieuse que la subtotale si rapidement et si facilement faite devient préférable, et dans ces conditions je n'hésite pas à la faire.

Il peut se faire aussi que chez une malade très affaiblie, très anémiée, il y ait avantage à faire une opération très rapide, et j'ai alors recours aussi à la subtotale; au total, chaque fois que la totale peut être facilement faite c'est à elle que j'ai recours.

L'argument donné par M. Richelot en faveur de la totale me paraît avoir une grande valeur; on a observé un certain nombre de cas de dégénérescence du col après l'hystérectomie subtotale,

et l'utérus est un organe qui dégénère si fréquemment qu'il me paraît y avoir très grand intérêt à l'enlever en totalité toutes les fois que cela est facile et possible.

Il est d'ailleurs incontestable que le traitement chirurgical des fibromes par la voie abdominale ne doit pas consister en une seule et unique opération.

La myomectomie, conservatrice de l'utérus, réclame un certain nombre de cas chez les malades jeunes et présentant des conditions favorables; peut-être les indications de la myomectomie ne sont-elles pas aussi fréquentes qu'on a pu le penser au début, mais dans les cas bien choisis c'est une excellente opération dont la bénignité est complète et les résultats éloignés très satisfaisants.

Dans la grande majorité des cas la myomectomie n'est pas applicable, et l'hystérectomie abdominale totale répond à la plupart des indications. Toutefois si celle-ci présente quelques difficultés, je n'hésite pas à recourir à la subtotale.

M. Pozzi. — Chacun de nous doit apporter sa contribution à la question soulevée par M. Richelot relativement à l'hystérectomie subtotale. C'est pourquoi je viens vous indiquer les résultats de mon expérience. Il serait désirable que tous nos collègues voulussent bien donner des chiffres à l'appui de leurs opinions.

Je vous indique ici la statistique récente de mon service à l'hôpital Broca, en faisant abstraction de ma pratique particulière qui a donné des résultats tout à fait semblables. Les opérations que je cite ont été pratiquées tant par moi que par mes suppléants durant les vacances, MM. Legueu, Delbet et Thiéry, et aussi par mes chefs de clinique, MM. Jayle et Beaussenat.

Depuis le 1er mars 1899 (époque où s'arrête ma dernière statistique publiée dans nos Bulletins) jusqu'au 1er mai de cette année 1903 (où j'ai fait faire un nouveau relevé), c'est-à-dire en l'espace d'environ quatre ans, il a été pratiqué dans mon service un total de 105 hystérectomies totales ou subtotales pour fibromes. Elles ont donné une mortalité globale de 11 morts, dont il convient de distraire 4 décès non imputables à l'opération comme je le dirai plus loin, ce qui les réduit à 7 morts, soit entre 6 p. 100 et 7 p. 100 pour cette statistique totale.

En décomposant pour spécifier ce qui a trait aux opérations totales ou subtotales on trouve :

Hystérectomies totales. — Sur 46 cas, 42 guérisons opératoires, parmi lesquelles je crois pouvoir faire figurer deux cas où les malades ont succombé, l'une le 16e jour, l'autre le 20e à des affections

médicales. En dehors de ces cas, il y a eu 4 morts, soit environ 9 p. 100.

Hystérectomies subtotales. — Des 59 opérations, il faut distraire deux cas infectés primitivement; il s'agissait de fibromes gangreneux et septiques en voie d'élimination spontanée, avec infection générale commençante, qui a continué malgré l'opération. Restent 57 cas avec 54 guérisons et 3 morts. Encore une de ces morts est-elle survenue le 12e jour, par embolie, la malade étant tout à fait guérie opératoirement. Quoi qu'il en soit, il y aurait environ 5 p. 100 de mortalité pour les hystérectomies subtotales, c'est-à-dire à peu près moitié moins que pour les hystérectomies totales.

Il n'est pas sans intérêt de remarquer que ces résultats sont sensiblement superposables à ceux obtenus en Amérique où la subtotale a complètement supplanté la totale dans la faveur des chirurgiens et où elle a acquis d'abord sa plus grande perfection technique, de telle sorte qu'on appelle communément en France *procédé américain* l'ablation intracervicale de l'utérus, sans se préoccuper de savoir si cette appellation est tout à fait légitime, et s'il ne convient pas de faire une part plus grande à d'autres initiatives. En mai 1897 Noble, dans un article important paru dans le *British gynecological journal*, résumait les résultats de la pratique des principaux opérateurs et donnait 9 p. 100 de mortalité par l'hystérectomie totale et 5 p. 100 pour la subtotale. En 1900 Kelly *American* (*journal of obstetrics*, vol. XLII. n° 3) publiait ses résultats obtenus depuis six ans avec la subtotale (307 cas de 1894 à 1900) et indiquait une mortalité un peu inférieure à 5 p. 100 (4,88). Ce sont presque identiquement mes propres chiffres.

Les avantages de la subtotale ne sont donc pas seulement (ce que personne ne conteste) une plus grande simplicité et une plus grande rapidité, mais encore, ce qu'on n'a pas assez mis en relief, une moindre gravité.

Qu'il me soit permis de profiter de cette occasion pour insister incidemment sur un point de technique opératoire auquel j'ajoute une grande importance.

Dans la section du col utérin, pour la subtotale, beaucoup de chirurgiens ne se préoccupent nullement de la direction de leur section et la font le plus rapidement possible, transversalement, *en rave*, ce qui est plus expéditif. Il en résulte que le moignon utérin est formé par une surface plane ou même légèrement convexe (vu la saillie du tissu musculaire sectionné) au centre de laquelle existe l'orifice du col. (Fig. 1.)

Certains opérateurs font alors une sorte d'évidement, après coup, qui n'a jamais beaucoup de régularité et se prête mal à une bonne réunion ultérieure. D'autres plongent simplement le ther-

mocautère dans la cavité cervicale pour la stériliser; mais cela a l'inconvénient d'altérer par rayonnement la vitalité des tissus voisins et de rendre moins facile leur réunion primitive après la suture du moignon cervical. La plupart des chirurgiens ne font du reste cette suture que très sommairement, par quelques points oblitérant simplement l'orifice et sans se soucier d'affronter

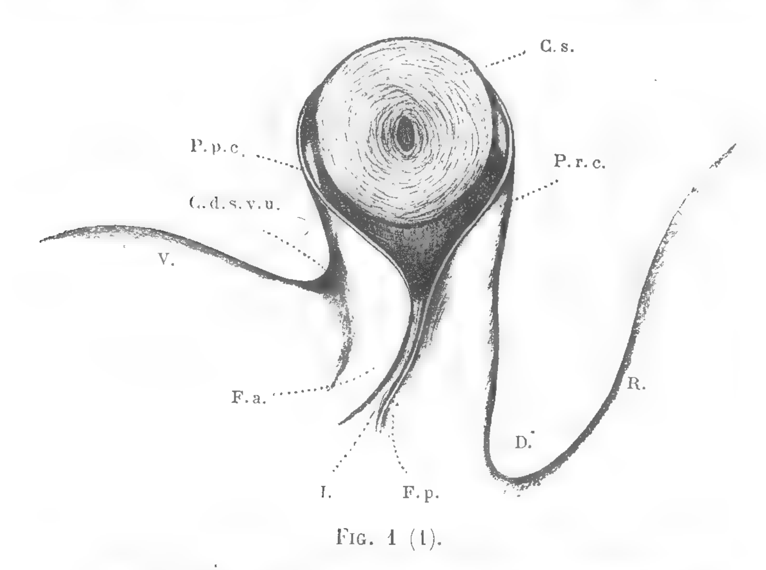


FIG. 1 (1).

Section transversale (en rave) du col utérin. (Mauvaise pratique.)

P. p. c. Péritoine pré-cervical.
C. d. s. v. u. Cul-de-sac vésico-utérin.
V. Vessie. Face supéro-latérale.
F. a. Feuillet antérieur du ligament large.
I. Interstice du ligament large après l'extirpation des annexes.
F. p. Feuillet postérieur du ligament large.
D. Cul-de-sac de Douglas.
R. Rectum (face antéro-latérale).
P. r. c. Péritoine rétro-cervical.
C. Le col sectionné transversalement.

méthodiquement une surface épaisse au-dessus du canal par lequel peut arriver l'infection. La suture attentive du péritoine au-dessus de cette oblitération sommaire leur paraît une précaution suffisante.

(1) Dans toutes ces figures, le col est représenté schématiquement, très attiré en haut vers le centre de la cavité pelvienne pour la démonstration; en réalité abandonné à lui-même, il s'abaisse presque au niveau du diaphragme pelvien.

Je ne partage pas cet avis. J'attache beaucoup de prix à la confection d'un moignon utérin, bien matelassé, exactement affronté, comparable à celui d'une amputation de membre à deux lambeaux. Je ne procède donc pas, dans ma section du col utérin, d'un

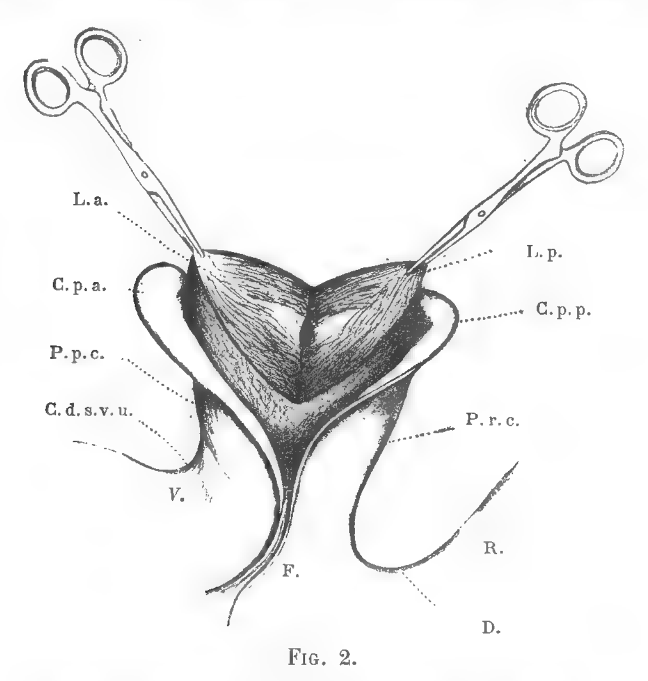


FIG. 2.

Section conique du col utérin. (Pratique recommandée.)

L.a. Lèvre antérieure résultant de la section conique intra-cervicale.
C.p.a. Collerette péritonéale antérieure légèrement éversée.
P p.c. Péritoine pré-cervical.
C.d.s.v.u. Cul-de-sac vésico-utérin.
V. Vessie (face supéro-latérale).
L.p. Lèvre postérieure résultant de la section conique intra-cervicale. L pince attire fortement le restant du col en haut pour le mieux mettre en évidence.
C.p.p. Collerette péritonéale postérieure légèrement éversée et qui sera dans un temps suivant rabattue et suturée à la collerette péritonéale antérieure pardessus le col oblitéré.
P.r.c. Péritoine rétro-cervical.
R. Rectum (face antéro-latérale).
D. Cul-de-sac de Douglas.
F. Faîte du ligament large, après résection des annexes, et qui sera fermé par un surjet.

côté à l'autre, comme Kelly et ses imitateurs. Dès que j'ai lié préventivement les deux utérines (selon la méthode préconisée presque simultanément en 1889 par Stimson et par Kelly, et qui constitue

un des grands perfectionnements de la technique), j'aborde le col par sa face antérieure d'abord, puis par sa face postérieure, et je taille de haut en bas un petit lambeau régulier de 1 cent. 1/2 environ de longueur. Ces lambeaux seront réunis par deux plans de suture superposés au catgut (n° 1) en surjet, en évitant de passer

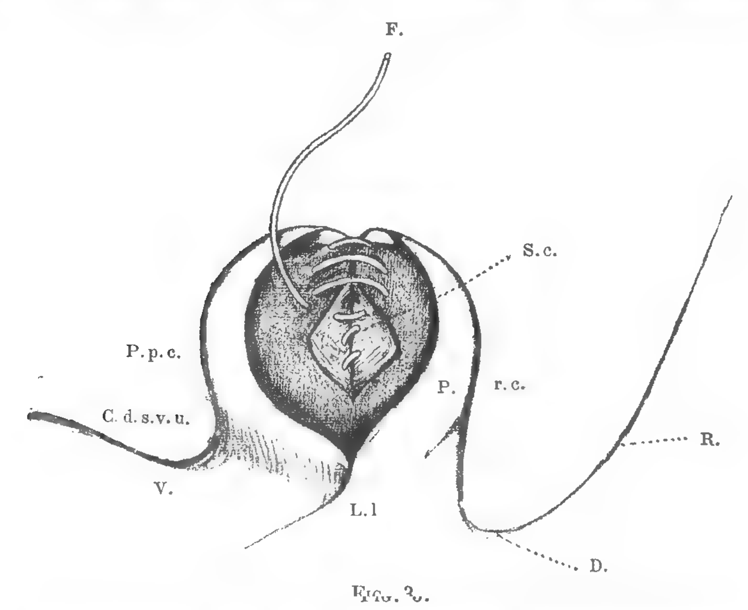


Fig. 3.

Affrontement par deux plans de suture continue au catgut des lambeaux du moignon. (Tissu musculaire.)

F. Fil du surjet cervical superficiel non encore achevé sur la partie supéro-latérale gauche du col.

P. p. c. Péritoine pré-cervical, partiellement rabattu en paupière sur le col.

C. d. s. v. u. Cul-de-sac vésico-utérin.

V. Vessie (face supérieure péritonéale).

L. l. Ligament large.

D. Douglas.

R. Rectum (face antéro-latérale).

P. r. c. Péritoine rétro-cervical, partiellement rabattu en paupière sur le col.

S. c. Surjet cervical profond dont on aperçoit encore quelques anses qui vont bientôt être ensevelies sous le surjet superficiel.

dans la muqueuse, que je ne cautérise pas au Paquelin de peur du rayonnement, et en ayant soin d'affronter très méthodiquement les surfaces et les bords. Ensuite, au-dessus de ce moignon, je suture le péritoine avec le même surjet de catgut fin (n° 0) qui me sert à fermer totalement la surface de section des ligaments larges (voir fig. 2, 3, 4).

Je crois qu'il y a là un petit perfectionnement de la technique

habituellement suivie, où l'on n'apporte pas un soin spécial à la direction donnée à la section du col. Assurément il peut se faire qu'elle présente par hasard une surface favorable à l'affrontement. Mais si l'on n'a pas fait intentionnellement la section conique que j'indique, on aura dans un grand nombre de cas une surface qui se prêtera mal à l'affrontement d'une certaine épaisseur de tissu utérin assurant une prompte et solide protection de la cavité péritonéale.

On pourra dire qu'il y a dans cette manière de procéder une

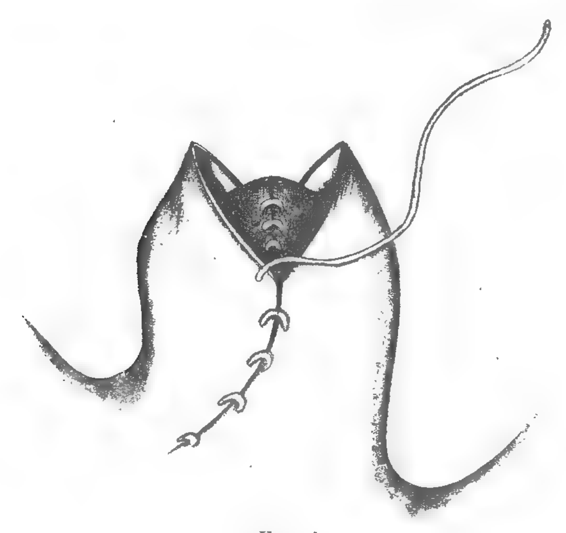


Fig. 4.

Affrontement par un surjet au catgut fin du péritoine, au niveau de la section des ligaments larges, se continuant sur le moignon utérin.

analogie avec la confection du moignon telle que la ferait Schröder dans sa méthode de traitement intrapéritonéal du pédicule. Analogie seulement dans la section conique, mais profonde différence pour tous les autres points. Comment comparer le moignon à la Schröder, qui comprenait toute la longueur du col et où on ne liait pas les utérines, au moignon de la subtotale telle qu'on la fait en Amérique depuis Baer (1892), où on ne laisse en place qu'une faible partie du col, où l'on fait passer la section très au-dessous de son orifice interne après avoir pratiqué préventivement la ligature des utérines? Cette ligature permet à mes deux plans de suture du col de constituer de simples moyens d'affrontement, tandis que celles pratiquées par Schröder avec de fortes soies, étaient de véritables ligatures hémostatiques *en masses* Schröder taillait ses lambeaux pour pouvoir les serrer fortement

et arrêter le sang; je recommande ma petite section conique simplement pour faire un meilleur affrontement d'un moignon déjà étanche.

M. Routier. — Je crois inutile de se donner tant de mal pour tailler deux valves dans le col quand on fait la subtotale.

Depuis que je pratique cette opération, je coupe le col comme je peux, sans me préoccuper de tailler des valves, et je détruis la muqueuse au thermocautère. Avec trois points de catgut, passés dans les lèvres antérieure et postérieure de la surface de section, je ferme parfaitement la cavité du col, et par-dessus je fais le surjet péritonéal. Je n'ai qu'à me louer de cette manière de faire.

M. Walther. — Je n'ai qu'un mot à dire sur ce point de technique relatif au moignon utérin.

Je crois l'évidement conique ou la formation de deux valves bien plus favorables à la suture.

J'ai toujours fait un évidement conique du moignon ou deux valves, suivant la disposition de la partie inférieure du fibrome. Je cautérise très largement la muqueuse et très loin. Un large surjet de catgut affronte alors très facilement et très rapidement les deux lèvres du moignon utérin qui est recouvert ensuite de péritoine.

Je dois dire que jamais je n'ai observé d'infection du moignon aux dépens du vagin par l'intermédiaire du canal cervical.

M. Quénu. — J'ajoute généralement à la solution du col, l'évidement conique : mais quant à cette question on l'a fait instinctivement par cela seul qu'on coupe de haut en bas et de dehors en dedans; on fait ainsi deux valves sans le vouloir, et ces deux valves s'affrontent facilement. Mais je me garde bien de suturer la muqueuse; je n'y vois aucun avantage, je pense au contraire que la suture de la muqueuse ne pourrait que devenir un danger pour le reste du moignon.

M. Schwartz. — Comme M. Quénu je pense que naturellement par la simple section au bistouri en commençant soit par la partie postérieure, soit par la partie antérieure, le col est évidé de haut en bas puis de bas en haut; d'où un affrontement facile. Jamais je ne suture au-dessus de la muqueuse. Celle-ci est cautérisée au thermocautère. Les tissus de la section du col sont affrontés par trois à quatre sutures de gros catgut par-dessus un surjet péritonéal, et tout est terminé. Jamais je n'ai le moindre accident de par cette façon de faire, simple, rapide et efficace.

M. Ricard. — Je partage l'opinion de M. Quénu ; par ce seul fait du mode de section nous faisons presque toujours deux valves, qu'il suffit de suturer par deux ou trois points de suture.

M. Richelot. — L'hystérectomie abdominale totale pour fibromes ne me paraît pas très en honneur à la Société de chirurgie. Elle vient d'y recevoir une « volée de bois vert » à laquelle elle succomberait peut-être, si elle n'était décidée d'avance à recevoir avec bonne humeur les semonces qu'on lui prodigue, se disant qu'après tout les opinions passent, et que les faits sont immuables.

J'ai lu quelque part qu'on avait fait de ma communication une « critique sévère » — je suis loin de m'en plaindre — et qu'on avait « réfuté un à un tous mes arguments » — c'est ce que nous allons voir.

Et d'abord, permettez que je me plaigne un peu de la forme exagérée qu'on donne à mes assertions, quand on les rappelle pour les discuter. D'après Ricard, j'aurais dit que « la subtotale doit être abandonnée » ; or, j'ai dit qu'elle est « très bonne, que je l'ai faite bien des fois et que je la ferai encore » dans des conditions déterminées. D'après Tuffier, j'aurais prétendu qu'il faut « rejeter l'énucléation » ; or, j'ai reconnu « l'utilité de conserver l'utérus toutes les fois qu'il en vaut la peine ».

Au fond, j'ai voulu établir deux choses : d'une part, un certain procédé que j'emploie de préférence et dont j'ai une longue habitude, est facile à employer et donne une sécurité parfaite, et peut-être n'est-il pas inutile que je le fasse mieux connaître, puisque vous avez de l'hystérectomie totale une conception si éloignée de la mienne; d'autre part, il n'est pas sans intérêt d'appeler l'attention sur des faits et des relations pathogéniques que je n'ai pas inventés, qu'on peut oublier ou méconnaître par inadvertance ou parce qu'on est plus pressé d'agir que de méditer, mais dont les cliniciens peuvent avoir, un jour ou l'autre, à tirer profit. Ces deux choses ont bien leur valeur. Maintenant, vous resterez libres de ne pas établir entre elles une étroite corrélation; vous n'en déduirez pas qu'il faut mépriser la subtotale, procédé voisin de la perfection; vous n'en déduirez pas non plus que toute femme ayant un fibrome est condamnée à mourir de cancer. Mais reconnaissez que je n'ai pas été à ces conclusions extrêmes.

Cela dit, reprenons les deux points sur lesquels a porté la discussion : la supériorité contestable de la subtotale au point de vue technique, les relations pathogéniques entre l'hypertrophie utérine et les dégénérescences malignes.

Sur le premier point, il faut que je m'explique davantage, car

vous appliquez tous à l'hystérectomie totale des mots qui ne lui conviennent guère. Il faudrait, selon Ricard, « aller très bas sectionner le vagin », « faire la section hémorragique d'un vagin flasque, qui fuit sous l'instrument ». Aux yeux de Routier, « l'hémostase de la section vaginale est autrement laborieuse que celle du col ». Faure voit l'opérateur se débattre au milieu des artérioles et des veinules, et parle de « délabrement pelvien ». Legueu proteste contre « les ligatures multiples qu'on doit faire avec l'hystérectomie totale ».

C'est bien là ce que j'ai appelé dans ma communication « une totale de fantaisie », car je ne vois jamais rien de semblable. Quand j'ai séparé les annexes et déchiré l'insertion du ligament large avec le doigt, je pince l'utérine sur le côté du segment inférieur, à peu près au niveau de l'insertion vaginale. C'est alors qu'on peut aisément couper le col en travers, immédiatement au-dessus de l'insertion, et faire une subtotale; c'est alors que j'ai l'habitude de couper obliquement avec la pointe des ciseaux, qui attaque le tissu exactement à la même hauteur que vous, pénètre dans l'insertion même et ouvre le cul-de-sac. Celui-ci ouvert, je donne un coup de ciseaux à droite et à gauche pour détacher l'insertion au ras du museau de tanche, puis, renversant l'utérus, je continue à suivre le cul-de-sac pour la détacher en arrière, et l'utérus est enlevé.

J'ai dit que ma section circulaire dure « un instant de plus » que la section transversale; la circonférence est, en effet, plus longue que son diamètre. Mais de combien, s'il vous plaît, quand il s'agit de la circonférence d'un col utérin? Et quel si long voyage est-ce donc, que de suivre le cul-de-sac au ras du col, au niveau même où vous couperiez en travers? Où sont les tissus flasques et fuyants, l'effort laborieux, le délabrement pelvien?

Après la durée, l'hémorragie. Ricard pense me mettre en contradiction avec moi-même, en rappelant que, dans la colpo-hystérectomie, j'ai toujours mis en garde contre le suintement sanguin de la tranche vaginale. Mais Ricard fait erreur, en croyant que la tranche vaginale est ici la même que dans la totale pour fibrome, telle que je viens de la décrire. Dans l'opération par la voie basse, quand j'attire le col avec une pince et que j'incise le plus loin possible de l'orifice utérin, — le plus loin possible du cancer, — l'incision est portée bas sur la paroi, au niveau du cul-de-sac péritonéal, au point où la séreuse abandonne le vagin, et la preuve, c'est qu'on voit la tranche vaginale et la tranche péritonéale s'écarter l'une de l'autre et laisser entre elles un espace de tissu cellulaire prérectal, qui saigne plus ou moins. Je n'ai jamais dit que le suintement fût grave ou gênant au cours de l'opération,

mais une hémorragie secondaire, un hématome pelvien sont à craindre ; aussi ai-je recommandé de ne jamais négliger l'hémostase à ce niveau, et de border la section vaginale avec le péritoine pour fermer le tissu prérectal. Quel rapport voyez-vous entre les deux situations ? Dans la totale abdominale que je fais, l'incision du vagin est à l'insertion même ; il n'y a là ni séparation entre péritoine et vagin, ni espace prérectal, ni plus de vascularité que sur votre moignon, car nous coupons justement les mêmes vaisseaux à la même hauteur. Jamais, sur la plaie vaginale, je n'ai mis l'ombre d'une pince avant de la fermer par la suture ; il ne faut donc pas dire que l'hémostase en est longue, puisqu'il n'y a pas d'hémostase à faire. Et je la ferme, contre un suintement ultérieur possible, comme on ferme le moignon. Je la ferme — soit dit pour répondre à Potherat, qui la voit béante et remplie de mèches fantastiques — par trois points de suture au catgut, ce qui n'est ni plus long ni plus difficile que de fermer la surface excavée du moignon.

Ricard et Delbet cherchent encore une contradiction dans une phrase que j'ai écrite sur la manière de pénétrer dans l'insertion vaginale. Quand la pointe des ciseaux attaque la face antérieure du col, il faut bien qu'elle entame le tissu utérin, pour se diriger ensuite vers le cul-de-sac ; dans ce mouvement, il est bien permis de laisser « une parcelle » de tissu à la lèvre de la plaie. Or, en agissant ainsi, je ferais une subtotale sans vouloir l'avouer. Mais c'est une véritable parcelle qui reste à l'endroit seul où la pointe a creusé légèrement, parcelle insignifiante qu'on évite même avec un peu d'habileté, qu'on peut réséquer d'un coup de ciseaux si, par maladresse, on l'a faite un peu grosse, parcelle exclusivement musculaire dont la présence n'empêche pas que le museau de tanche soit enlevé complètement, avec ses glandes et ses épithéliums. Je n'ai donc pas joué sur les mots, c'est bien une totale que je fais ; en écrivant cette phrase, je n'ai voulu ni tromper mon lecteur, ni me leurrer moi-même.

Après l'hémorragie, le péril vaginal. Ricard en a peur, c'est son « impression personnelle » ; il voit l' « ouverture béante du vagin s'étaler au fond de la cavité pelvienne » et sans doute y verser des germes mortels. Mais cette ouverture, maintenue par une pince-érigne, ne s'étale pas et ne verse rien du tout, et, aussitôt qu'elle est faite, elle est fermée par la suture. D'ailleurs, je n'ai jamais dit que l' « asepsie du vagin fût à peine nécessaire », et j'ai soin, au contraire, que cette cavité soit lavée minutieusement avant l'opération. Mais je ne me suis pas contenté d'une impression personnelle ; ne sachant pas mieux la bactériologie que mon contradicteur, je m'en rapporte à ceux qui la savent, et dont les travaux récents ont bien quelque valeur. Et puis, il y a les faits cliniques

et l'expérience; et sur ce point, j'ai pour auxiliaire Routier, qui ne craint pas non plus l'infection ascendante, et qui pense avec moi que le péril vaginal est une vieille rengaine.

Routier est encore de mon avis sur un autre point. Il me dit bien que les deux procédés ne sont pas également faciles, que, si on enlève tout, il faut faire « pas mal de ligatures secondaires sur les tranches vaginales », preuve qu'il ne fait pas la section au même niveau que moi. Mais il dit aussi qu' « il a bien dans la main les deux procédés », qu' « il ne craint pas l'hystérectomie totale et la fait avec de très brillants résultats », qu' « au point de vue de la mortalité, les deux opérations se valent dans son esprit, et qu'elles sont très bénignes ». Vraiment, nous ne sommes pas loin de nous entendre. Et Potherat lui-même estime que la totale n'est pas supérieure au point de vue de la mortalité. Delbet nous dit cependant, avec une grande apparence de raison, qu'une opération notablement plus ardue doit être, par cela même, plus dangereuse. Accordez-vous, s'il vous plaît.

Schwartz, de son côté, reconnaît que, « dans les cas simples, qui sont la majorité, la totale n'est guère plus difficile », mais la subtotale vaut mieux pour les cols « fixés, difficiles à élever »; c'est exactement ce que j'ai dit moi-même. Il semble donc qu'entre les deux procédés il n'y ait qu'une nuance de technique, peut-être suffisante pour déterminer un choix, mais insuffisante pour passionner des opérateurs dignes de ce nom. Aussi ai-je lieu de m'étonner des mots hyperboliques que je trouve dans presque tous vos discours : la subtotale est infiniment supérieure, la totale est beaucoup plus grave. Tout en reconnaissant que « la démonstration de la plus grande gravité est impossible à faire », et que « la différence dans la mortalité n'est pas très appréciable », Faure insiste sur l'hémostase de la tranche vaginale, qui durerait parfois un « quart d'heure et même davantage », alors que pour moi elle ne dure pas même un instant, puisqu'elle n'existe pas. Il va jusqu'à parler de l'uretère, qu'il prétend sauver par la subtotale, de l'uretère qui n'est pas là — Schwartz en convient — et que je ne vois jamais. Potherat met une surenchère, et déclare qu'il faut lier des artères « pendant une demi-heure et plus ». En vérité, de quoi parlons-nous? L'hémostase totale d'une hystérectomie, comprenant les utérines, les utéro-ovariennes, et toute la cuisine opératoire si importante qui continue après que la pellicule a cessé de tourner, ne dure pas si longtemps.

Une note aussi exagérée m'est fournie par Lauwers, le très distingué chirurgien de Bruxelles, qui m'a envoyé un intéressant travail sur « deux cents observations d'hystérectomie supra-vaginale pour fibromes », travail où il est dit qu' « une méthode qui

exige en moyenne une heure de temps et amène le chirurgien à côtoyer le rectum, les uretères et la vessie, offre moins de garanties qu'un procédé dont l'exécution ne réclame que vingt à vingt-cinq minutes ». Ainsi, comme tout est pareil dans les deux opérations, sauf la section du col, il résulterait des paroles de Lauwers que ma section circulaire, telle que je vous l'ai décrite, dure au moins vingt-cinq minutes de plus que la section transversale. Inutile d'insister; nous ne parlons pas de la même chose.

Je me suis demandé comment des chirurgiens tels que vous pouvaient avoir une si fâcheuse opinion de l'hystérectomie totale, et j'ai trouvé deux explications. Voici la première : la subtotale est née très peu de temps après l'autre, et elle est venue tout à coup donner la solution d'un problème qui se posait encore; elle vous a séduit à une époque où vous n'aviez pas bien en mains l'extirpation complète; vous l'avez adoptée, elle vous a merveilleusement réussi, et vous n'avez plus de la totale que le souvenir d'une opération encore mal réglée et qui vous donnait des ennuis. Mais je ne veux pas m'arrêter sur cette première hypothèse, de peur qu'elle ne vous paraisse malséante. Voici la seconde : vous comparez, sans le vouloir, la subtotale pour fibrome à la totale pour cancer. Oh! c'est alors que vous avez raison; c'est alors qu'il faut sectionner le vagin très bas pour emporter les culs-de-sac, lier l'utérine dans la profondeur, lier des branches multiples; c'est alors que l'uretère est en cause, et qu'on peut faire un « délabrement pelvien ». Mais il n'y a aucun rapport entre la totale pour cancer et la même opération pour fibrome; je proteste à nouveau contre ces malentendus, et j'affirme qu'en détachant l'insertion au ras du col au lieu de couper le col au ras de l'insertion je suis dans la même région, je n'ai ni plus d'embarras ni plus de sang, j'ai les mêmes avantages et les mêmes immunités que peut donner la subtotale. Voulez-vous que je dise, en dernière analyse, que la subtotale est encore plus simple? C'est évident, et c'est bien entendu; mais il n'y a pas là « de quoi fouetter un chat ».

Voyons maintenant l'autre question. J'ai dit que le moignon peut dégénérer et que cela ne m'étonne pas, à cause des rapports que l'observation clinique et l'histologie permettent d'établir entre l'état fibromateux et la tumeur maligne.

J'ai rapporté trois faits personnels. Dans le premier, la dégénérescence du moignon a été vue six mois après l'opération; et Ricard en déduit, comme je l'ai fait moi-même, que l'épithéliome existait au moment où j'ai opéré. Sans doute, s'il se fût agi d'un cancer du col en pleine évolution et donnant des signes de sa

présence, j'aurais fait là, tout simplement, une erreur de diagnostic et d'indication; je n'en serais pas déshonoré, mais je ne vous donnerais pas l'observation à l'appui de ma thèse. J'ai hésité, dites-vous, entre un fibrome et un cancer, et Tuffier, lui aussi, le rappelle avec quelque malice. Oui, entre un fibrome et un cancer *du corps*, parce que l'utérus était globuleux et n'était pas énorme; mais le col était parfaitement indemne en apparence, et vous auriez fait la subtotale comme moi, plus que moi, puisque vous la préférez. Cela étant, quelle différence voyez-vous entre un col ayant déjà quelques cellules en voie de transformation atypique, ce début de cancer que nous voudrions tant saisir, et un col dont la dégénérescence commencera l'année prochaine? Dans les deux cas, c'est un col à enlever. Je l'ai dit en d'autres termes : « Si j'avais opéré la femme deux ans plutôt par le même procédé, son col n'en serait pas moins tombé malade le même jour et à la même heure. » Telle est la réponse que j'ai faite à l'objection. Ricard fait l'objection, mais ne cite pas la réponse, ce qui le dispense de la réfuter.

Ma deuxième observation trouve grâce devant lui. Et encore, dit-il, « le col était hypertrophié et scléreux, et nombre de chirurgiens eussent peut-être, dans ce cas, pratiqué l'hystérectomie totale ». Comment! vous feriez la totale quand les cols sont hypertrophiés et scléreux! Mais alors, vous la feriez dans la plupart des cas de fibromes. Routier a dit quelque chose de semblable : il enlève le col s'il lui paraît « tant soit peu suspect ou malade, atteint seulement de métrite hypertrophique ». Allons donc! vous l'enlèveriez bien plus souvent que vous ne le faites, et nous serions presque d'accord.

Ma troisième observation, qui n'est qu'un fait vu en passant et sommairement relaté, « n'existe pas » d'après Ricard. Je le veux bien, et je lui accorde que les faits de la littérature médicale n'ont pas tous une égale valeur. Nous avons l'habitude de n'accepter comme « preuves probantes » que les faits explicites et très bien rédigés; nous avons raison. Mais dans cette question, s'il est facile de critiquer des observations trop concises, de simples notes dont leurs auteurs ne voulaient pas faire état, il n'en est pas moins vrai que les faits existent et que, selon la remarque de Monod, il faut bien en tenir compte.

Ricard nous dit que, dans les faits publiés, il ne s'agit pas d'hystérectomies subtotales, et que « presque tous se rapportent à des hystérectomies à pédicule externe ». Ceci n'est pas exact : il y a une seule hystérectomie à pédicule externe, celle de Wehmer. Et puis, qu'importe? Est-ce que la longueur du moignon est ici en cause? Ce n'est pas d'ordinaire au niveau de l'isthme que débute

le cancer, c'est dans la cavité cervicale ou même à la pointe du col, c'est dans les culs-de-sac glandulaires qui empiètent sur le parenchyme, et que vous ne détruisez pas quand vous brûlez ou réséquez un bout de muqueuse pour vous préserver de l'infection.

J'ai dit pourquoi les auteurs n'ont pas cherché avec soin si les moignons qu'ils avaient faits s'étaient permis de dégénérer, et pourquoi ils ont rapporté avec une certaine indifférence les exemples qui sont venus sous leurs yeux : c'est l'ablation du fibrome qui seule les intéresse, le cancer qui survient ensuite n'est pas leur affaire, ils s'en lavent les mains. J'ai dit aussi pourquoi la dégénérescence doit être moins rare qu'on ne veut bien le dire. Voyez Guinard : il avait deux cas sur quatre-vingt treize, et il ne s'en doutait pas. Les deux cas avaient passé devant lui sans qu'il y attachât d'importance. Il se console aujourd'hui en supposant que ses deux malades seraient devenues cancéreuses, même après une ablation totale. Pourquoi? Parce qu'il a vu des malades qui, après une ablation totale, sont devenues cancéreuses par ailleurs. Je ne le nie pas; je sais bien qu'une femme à qui on a enlevé l'utérus peut avoir un jour un cancer du sein; mais il n'est pas vrai qu'elle y soit « vouée » ni qu' « en pareil cas le cancer se développe fatalement sur un organe quelconque »; et je ne crois pas m'être trompé en disant : « Le fait de la dégénérescence est bien de la faute de l'hystérectomie partielle, car, si on avait supprimé le museau de tanche, c'est-à-dire une localisation possible, rien ne prouve que la malade eût fait un autre cancer. »

En ce qui concerne la fréquence de cette malignité du moignon, je retiens de notre discussion qu'il faut ajouter, aux exemples que j'ai signalés : deux faits de Guinard; un de Rochard (4 ans après l'hystérectomie); un de Delbet, qu'il juge sans valeur parce qu'on n'a pas retrouvé l'observation détaillée, mais qui n'en « existe » pas moins; un de Quénu, déclaré très net; un de Lauwers (4 ans après l'hystérectomie), consigné dans le travail dont j'ai parlé; deux de Pichevin, mentionnés dans la *Semaine gynécologique* du 10 novembre 1903; un de mon ancien interne Pauchet (d'Amiens), qui m'écrit : « Je viens de voir, il y a deux jours, une femme de Compiègne que j'ai opérée pour un gros fibrome il y a trois ans et demi; elle est atteinte d'un cancer du moignon cervical. » En tout neuf exemples, que personne ne connaissait il y a trois semaines. Voyez comme les faits viennent à la lumière, quand on y fait attention.

Devant cette apparition subite de faits nouveaux, peut-être quelques bons esprits jugeront-ils qu'une revision s'impose, et qu'il n'est pas logique de se cramponner à la subtotale comme à la suprême sauvegarde. Je vous demande pardon de vous avoir

dérangés, et de vous avoir obligés à me dire que, malgré certaines découvertes, vous resteriez « fidèles à la subtotale ». Pour moi, deux cancers du moignon sur une centaine de cas (Guinard), ou même un seul sur deux cents (Lauwers) — et nous verrons plus tard si la proportion reste la même — suffisent à exciter quelques regrets.

Aussi bien, je n'ai pas eu la prétention de vous donner des raisons assez puissantes pour vous empêcher à tout jamais de faire la subtotale, que je fais moi-même quand je la trouve opportune. J'admets, avec Faure, que le moignon cervical laissé en place a moins de tendance à devenir cancéreux que n'en avait l'utérus tout entier; non parce que le moignon s'atrophie, comme il le dit, car le cancer se développe très bien dans des organes atrophiés, mais parce qu'on a supprimé la plus grande partie de l'utérus et toute sa muqueuse cavitaire. J'aborde maintenant, pour elle-même, la question des relations pathologiques entre fibrome et cancer.

Ricard en parle avec ironie et ne veut pas « s'égarer dans les lois de la pathologie générale. Routier, Guinard en parlent avec modestie, craignant de s'aventurer. Legueu, Tuffier s'aventurent, mais c'est pour donner des faits une interprétation autre que la mienne.

Dans l'article d'actualité que Pichevin vient d'écrire, et auquel j'ai fait allusion tout à l'heure, je trouve des renseignements historiques dont je fais mon profit, car ils me dispensent de chercher çà et là. Monod, à son tour, vient à mon aide, non sur la question de manuel opératoire, mais sur la question de pathologie. Enfin, j'ai d'autres faits par devers moi.

Morgagni et Van Swieten admettaient que l'induration fibreuse de l'utérus précède le cancer. Simpson croyait que le fibrome amène à distance une irritation qui aboutit à la dégénérescence épithéliale. Schrœder soutenait que le fibro-myome entretient une inflammation chronique du côté de la muqueuse, et que la prolifération glandulaire peut aboutir à la forme atypique, à l' « adénome malin ». Laissons l'utérus : la sclérose a été considérée, d'une façon générale, comme favorable au développement de l'épithéliome. Dans le cancer pulmonaire, avec Harting et Hesse, Menetrier et Marfan, on peut se demander si « l'épithélium alvéolaire, modifié par la sclérose, n'est pas plus apte à devenir cancéreux ». Les mêmes éléments se trouvent réunis sur d'autres organes : adénomes des scléroses rénales et hépatiques, cancer développé sur des cicatrices d'ulcères, etc. C'est ainsi qu'on a interprété la genèse du cancer sur les vieux lupus : la néoplasie épithéliale a pour point de départ ordinaire un lupus cicatrisé, ou les points cicatrisés d'un lupus (1). Et n'est-ce pas pour la même raison que

(1) H. Claude, *Cancer et tuberculose*, Paris 1900.

le cancer apparaît sur une plaque de leucoplasie? Tous ces faits sont connus, et plusieurs de nos collègues les enseignent couramment. Tuffier peut voir à quel point il se trompe en disant que « la dégénérescence scléreuse d'un organe n'a jamais été regardée, en pathogénie générale ou spéciale, comme une cause pathogénique de l'épithéliome ».

Il se trompe encore en disant que l'hérédité incontestable des fibromes est toujours une hérédité homologue. J'ai rappelé, dans notre discussion sur la pluralité des néoplasmes, combien on voit de familles de « néoplasiques » dans lesquelles le fibrome coïncide ou alterne avec le cancer.

Legueu ne croit pas, avec Tuffier, que la coïncidence soit un simple effet du hasard, mais il la comprend « d'une façon très différente ». Le fibrome irrite et congestionne l'utérus, hypertrophie la muqueuse, et « de cette activité exagérée résulte la localisation d'un cancer ». Legueu fait là une pure hypothèse; il la fait, à la vérité, en bonne compagnie, puisque Simpson et Schrœder ont dit la même chose. Pour mon compte, je n'ai pas fait d'hypothèse. J'ai fait un raisonnement, dit Quénu; certainement, je raisonne, mais sur des faits positifs que les histologistes m'ont appris, et que je résume encore :

Tout utérus scléreux, hypertrophique, sans fibromes, — j'écarte, bien entendu, les scléroses atrophiques, qu'elles soient séniles ou infectieuses, — est pourvu d'un parenchyme dont la structure est identique à celle des fibromes, et d'une hypertrophie glandulaire typique de sa muqueuse. — Tout utérus scléreux avec fibromes contient la même muqueuse hypertrophiée. — Tout utérus cancéreux par son col nous montre la même paroi scléreuse et la même hypertrophie de sa muqueuse cavitaire (Cornil). — Cette hypertrophie glandulaire est celle qui, devenant atypique, produit l'épithéliome. Delbet ne voit pas bien ce passage de l'hypertrophie simple au cancer ; mais d'autres l'ont vu, il est admis en anatomie pathologique, Ruge et Veit ont montré sur des coupes les premiers stades de l' « adénome malin », tout le monde a parlé de la métrite glandulaire à ce point de vue, Pozzi a traduit cette opinion dans son livre et je l'ai cité dans ma communication, enfin les confusions que l'histologie a faites sur quelques-unes de nos pièces en font foi.

Et que veut dire Delbet, quand il avance que l'hypertrophie en question ne porte que sur la cavité utérine et les épithéliums cylindriques? Que fait-il de ces gros cols à glandes dilatées, flexueuses, transformées en œufs de Naboth? Si l'utérus a des tendances à dégénérer, il les a du haut en bas, j'imagine, et je ne vois pas pourquoi les épithéliums cylindriques seraient seuls compromis.

Comme il est difficile de s'entendre! Quénu prétend que je me rallie à « la théorie inflammatoire du cancer ». Voilà des mots qui sont pour moi d'une grande obscurité. Entendez-vous par là l'origine irritative du néoplasme, le fibrome étant l'agent de cette irritation? Alors, c'est la théorie que je viens de nommer une pure hypothèse; je ne m'y rallie donc pas.

Avec les faits d'anatomie pathologique que j'ai rappelés, il me semble qu'on peut juger la question. L'hypertrophie de la muqueuse ne vient pas d'une irritation produite par le fibrome, puisqu'on la trouve dans des utérus simplement scléreux sans fibromes. Elle est une expression de l'hypertrophie générale de l'organe. Il y a beaucoup d'utérus scléreux, avec ou sans fibromes, qui ne deviennent pas cancéreux; mais tous les utérus atteints de cancer étaient d'abord scléreux. Tel est l'enchaînement des faits.

Ces quelques propositions nous aideront à comprendre les contradictions des auteurs sur le chiffre des coïncidences. Les uns ont vu la tumeur maligne avec le fibrome dans la proportion de 30 p. 100; d'autres vont jusqu'à 64, ou descendent à 10, à 4 et demi; Legueu admet 4 p. 100. Pour Tuffier, « si nous restons sur le terrain de la chirurgie, la coexistence du cancer et des fibromes chirurgicaux, des fibromes sur lesquels nous avons à intervenir, est rarissime ». Alors, quand vous voyez un cancer chirurgical, un cancer sur lequel vous avez à intervenir, et que vous rencontrez dans l'utérus trois ou quatre fibromes qui n'avaient pas attiré votre attention, vous ne vous croyez pas sur le terrain de la chirurgie? C'est ainsi, cependant, qu'il faut poser la question : le cancer est heureusement plus rare que le fibrome, et il est bien vrai que nous opérons tous les jours de gros fibromes qui ne sont pas accompagnés d'un cancer. Mais, pour établir la relation pathogénique, il n'est pas nécessaire que les tumeurs soient grosses.

Cet accompagnement des grosses tumeurs n'est d'ailleurs pas si rare que vous le dites. Je l'ai vu maintes fois; j'ai encore opéré le 3 juillet 1902 une femme de cinquante-six ans, chez laquelle le diagnostic de fibrome avait été porté quinze ans auparavant; elle saignait, six ans après la ménopause; donc elle avait un cancer. J'ai trouvé un utérus énorme à paroi massive, scléreuse, lardacée, friable; trois fibromes d'assez petit volume, dont le plus gros était calcifié; une bouillie cancéreuse occupant toute la cavité, et malheureusement, des infiltrations pelviennes que je ne pus enlever en totalité. C'était là un type d'utérus fibromateux géant; à l'âge de la ménopause l'utérus resté gros n'avait plus saigné, les fibromes se calcifiaient, puis, sur ce terrain propice, le cancer de la muqueuse était survenu.

Monlonguet (d'Amiens) m'envoie par colis postal un utérus fibromateux avec cancer du corps, et m'écrit : « Le diagnostic porté était fibrome utérin, et rien, dans l'état général ou dans les signes observés, ne pouvait me faire présumer la coïncidence du cancer. J'ai fait la totale par habitude, et bien m'en a pris, car, après examen de la pièce, je me serais cru obligé de rouvrir le ventre pour enlever le col. » Comment! Monlonguet fait l'hystérectomie totale par habitude? La tranche vaginale ne saigne donc pas, en province? Et nous venons de constater, *proh pudor!* que Monprofit (d'Angers) a d'aussi mauvaises habitudes que Monlonguet (d'Amiens).

Barette (de Caen), ancien prosecteur et correspondant de la Société de Chirurgie, m'envoie une observation d'utérus hypertrophié, contenant un petit fibrome de la paroi postérieure et un cancer voisin de l'isthme. Il se demande ce qui serait advenu si, la tumeur fibreuse étant plus grosse et le cancer tout près de son début, caché dans la muqueuse, on avait opéré pour la première et fait la subtotale. Et il trouve que ce fait vient à l'appui de ma thèse.

Mais restons à Paris. Dans notre discussion récente sur la pluralité des néoplasmes abdominaux chez la femme, Lejars signalait, parmi les combinaisons connues, celle du fibrome et du cancer utérin, sans invoquer sa rareté particulière; Routier ne voulait pas « vous ennuyer par l'énumération des cas divers où il a vu le cancer et le fibrome réunis sur le même utérus »; Potherat disait : « La présence simultanée dans un utérus de fibromes et de cancer n'est pas rare, sans être très fréquente... Le plus souvent, c'est l'épithéliome du col; je vous ai présenté ici un bel exemple de cette modalité pathologique. » Puis il rapportait un cas de fibromes accompagnés d'un cancer du corps, et dans lequel, dit-il, le diagnostic était impossible, car le polype fibreux intra-utérin « justifiait par lui-même les écoulements aqueux, sanguins ou même ichoreux ». Ainsi, en avril dernier, la combinaison fibrome et cancer paraissait presque d'observation courante, et voici qu'en novembre elle devient tout à coup rarissime. Pourquoi?

Mais je répète qu'il ne s'agit pas seulement de grosses tumeurs; il faut chercher, non seulement si un utérus fibromateux contient du cancer, mais si un utérus cancéreux contient du fibrome; et alors ce n'est plus 4 ou 5, ni même 64, c'est 100 p. 100 qu'il faut dire. Je vous ai rappelé qu'il est extrêmement fréquent, qu'il est habituel de trouver des fibromes dans les utérus cancéreux, et que ceux qui en sont dépourvus sont encore des utérus scléreux ayant la même structure de leur parenchyme et la même hypertrophie de leur muqueuse. Voilà pourquoi j'ai dit et je maintiens

que l'utérus scléreux, avec ou sans fibromes, est le terrain sur lequel se développe la tumeur maligne.

M. Pozzi. — M. Richelot a cité une phrase de mon *Traité de gynécologie* où j'admets après d'autres auteurs la *possibilité* d'une dégénérescence atypique de l'épithélium comme suite d'une prolifération simple, en d'autres termes la possibilité d'un cancer à la suite d'une endométrite. Mais je n'en ai pas tiré cette conclusion extrême qu'au lieu du curettage il faudrait, dans les métrites, faire d'emblée l'hystérectomie. C'est cependant à quoi j'aurais été amené si j'avais raisonné comme notre collègue.

En effet, il ne suffit pas qu'un processus pathologique soit *possible* pour en tirer des déductions opératoires. Il faut avant tout qu'il soit *fréquent*, et par conséquent *redoutable*.

L'envahissement par le cancer du segment du col laissé en place dans l'hystérectomie subtotale est-il sérieusement à craindre, — d'après les faits? — Je réponds négativement, appuyé sur la grande rareté des complications de ce genre. Ainsi s'écroulent toutes les conséquences pratiques des belles théories de M. Richelot sur la généalogie de la diathèse arthritique, qui engendra la sclérose utérine, qui engendra le fibrome, qui engendra l'endométrite, qui engendra le cancer.

Nous devons nous abaisser, de la hauteur de ces vues de pathologie générale, à un niveau chirurgical purement pratique, et nous poser les questions suivantes :

Y a-t-il un véritable danger, pour une femme qui a encore ou qui a eu un corps fibreux, de voir se développer consécutivement un cancer du col de l'utérus? — Non.

L'opération de l'hystérectomie subtotale est-elle plus rapide, plus facile, et, d'après les statistiques aussi bien que d'après le raisonnement, plus bénigne que la totale? — Oui.

La cause est entendue.

Rapport.

Coexistence d'un fibrome utérin et d'un kyste du ligament large. Suppuration du fibrome, par le Dr J. Vanverts (de Lille).

Rapport par M. E. POTHERAT.

L'observation que nous a lue M. le Dr Vanverts se rapporte d'une part à la multiplicité des tumeurs pelviennes utéro-annexielles, que nous avons récemment discutée, d'autre part à la dégénérescence suppurative des fibromes dont plusieurs exemples ont été apportés à la Société en ces dernières années.

Je vais d'abord vous rappeler brièvement l'observation de notre confrère, examiner ensuite les réflexions qu'elle lui a suggérées, discuter enfin ses conclusions.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, dont le ventre, devenu pesant depuis cinq à six mois, avait en peu de temps pris un rapide accroissement, correspondant avec une diminution dans l'activité des fonctions digestives et un amaigrissement notable et progressif depuis cinq à six semaines.

A l'examen direct, M. Vanverts reconnaît dans l'abdomen la présence d'une masse volumineuse atteignant l'ombilic sur la ligne médiane, remontant à droite jusqu'auprès des fausses côtes, moins élevée à gauche, mais s'étendant de part et d'autre jusque dans les flancs, masse dure, solide, multilobée, mate à la percussion, douloureuse spontanément et à la palpation dans la région hypogastrique, tumeur qui, d'autre part, remplit l'excavation en refoulant le col en avant, et immobilise complètement l'utérus.

Le diagnostic embarrasse quelque peu M. Vanverts; il admet bien qu'il s'agit d'une tumeur utérine plutôt que d'une tumeur des annexes, mais, en présence de l'évolution rapide et des troubles de la nutrition, il pense qu'il s'agit d'un sarcome de l'utérus. La malade n'avait, sans doute, jamais présenté de métrorragies ni de ménorragies, car il n'en est pas question dans l'observation.

Quoi qu'il en soit, M. Vanverts estime très judicieusement qu'une laparotomie s'impose, et après avoir relevé la malade à l'aide de toniques et par l'injection de sérum artificiel, traitement qui, d'ailleurs, n'empêche pas la tumeur de continuer à s'accroître d'une façon manifeste, il pratique l'opération.

Le ventre ouvert, M. Vanverts reconnaît qu'il s'agit d'un utérus fibromateux, sans adhérences, sauf en avant et à gauche, où le grand épiploon s'implante, d'une part sur une saillie fibromateuse de la tumeur, d'autre part et vis-à-vis à la paroi abdominale antérieure. Notre confrère se met en devoir de détruire ces adhérences à la paroi d'abord, à la tumeur ensuite. A ce moment, il a une surprise : en décollant l'épiploon, il voit tout à coup s'ouvrir la capsule de la tumeur, et un pus nauséabond, d'odeur fécaloïde, s'écoule; il l'éponge rapidement et n'en laisse point pénétrer dans l'abdomen, d'ailleurs protégé par des compresses. Cela fait, la tumeur est attirée au dehors à l'aide du tire-bouchon, et enlevée par une hystérectomie supra-vaginale. Les annexes du côté droit paraissent saines, mais il existe un kyste de l'ovaire gauche, kyste du volume d'une mandarine. L'opération s'achève par un drainage de la cavité abdominale.

Les suites opératoires présentèrent quelques incidents; mais,

somme toute, la guérison se fit sans grandes difficultés, et cinq semaines après son opération, la malade, rétablie, a un excellent appétit et commence manifestement à engraisser.

Telle est au point de vue clinique et opératoire l'observation de M. Vanverts.

Mais c'est surtout au point de vue anatomique qu'elle présente de l'intérêt. Il y avait dans la masse totale du poids de 4 kilogr. 800 trois gros fibromes groupés au voisinage du fond. C'est au niveau de la capsule de l'un d'entre eux, entre cette capsule et le fibrome lui-même, que se trouvait la cavité remplie d'un pus nauséabond et qui s'est ouverte au cours de l'opération, cavité qui se trouvait très rapprochée du revêtement séreux, doublé et renforcé par l'adhérence épiploïque large comme la paume de la main. Au contact de cette cavité purulente, le fibrome était ramolli, comme sphacélé, et s'en allait en lambeaux; ceux-ci enlevés, il restait dans l'intérieur du fibrome une cavité, du volume d'une orange, à parois irrégulières, formées d'un tissu plus dense. Les autres fibromes ne présentaient pas de dégénérescence.

Le kyste de l'ovaire est en réalité para-ovarien, et au lieu d'être clair, limpide, comme c'est la règle dans ces kystes, son contenu est louche, comme puriforme.

Voilà les lésions observées par M. Vanverts, qui se demande si la suppuration au niveau du fibrome et la suppuration du kyste ne relèvent pas d'un même processus pathogène. Mais rien dans les antécédents ne révèle un état pathologique ayant pu amener une infection générale ; d'ailleurs, en l'absence d'examen microscopique, de cultures ou d'inoculations, il n'est pas permis d'affirmer que le contenu du kyste fût réellement du pus.

Mais la suppuration et la dégénérescence au niveau du fibrome sont indéniables, quelle peut en être la cause? M. Vanverts fait remarquer qu'il n'y avait pas ici, comme dans le cas de Raymond (*Société anatomique*, 1894, p. 81), adhérence avec l'intestin, pouvant expliquer une infection d'origine intestinale ; qu'aucune infection ne pouvait, d'autre part, être venue du dehors à travers la paroi abdominale, puisqu'aucun traumatisme n'était survenu, qu'aucune ponction n'avait été pratiquée.

Ces différentes hypothèses étant rejetées, M. Vanverts examine la possibilité d'une infection venue de la muqueuse utérine. Or, la cavité utérine était très agrandie, puisqu'elle mesurait 13 centimètres, mais sa muqueuse présentait peu d'altérations ; il y avait enfin une épaisseur de tissu utérin de 5 centimètres entre elle et la cavité purulente. Aussi, M. Vanverts en conclut que cette origine de l'infection ne peut être invoquée, et il reste dans l'indécision pour expliquer la lésion observée.

Pour ma part, je crois que notre confrère a tort de rejeter l'origine utérine, et, bien que la démonstration soit difficile dans le plus grand nombre des cas, c'est dans la cavité muqueuse par propagation lymphatique ou veineuse qu'il faut chercher le point de départ des suppurations analogues à celle qu'il a observée. Cette démonstration a pu cependant être faite dans un cas rapporté par Hartmann (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1896, p. 425), où des examens microbiologiques répétés de M. Mignot ont retrouvé dans la cavité de l'abcès et dans la cavité utérine le même et unique agent septique. Et ce n'est pas une apparente intégrité macroscopique de la muqueuse utérine qui peut permettre d'affirmer que cette muqueuse n'a pas été infectée en réalité. Et je demeure convaincu que dans ces suppurations sous-capsulaires ou intra-fibromateuses, la muqueuse utérine est la voie de pénétration de l'agent pyogène.

Quoi qu'il en soit, le cas de M. Vanverts est très intéressant; il vient s'ajouter aux faits déjà connus et qu'on retrouve, soit dans la littérature médicale, soit dans les Bulletins de notre Société, faits auxquels j'ai apporté ma contribution personnelle (séance du 1er avril 1903), et qui serviront un jour de documents pour l'histoire complète des dégénérescences des fibromes utérins. On y retrouve cette particularité de l'augmentation rapide de la masse fibromateuse quand une suppuration intérieure survient, augmentation qui coïncide avec une altération générale de l'organisme de la malade. Ces deux caractères cliniques étaient très nets dans le fait que je vous ai soumis à la séance du 1er avril dernier.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser nos remerciements à M. le Dr Vanverts, de Lille, pour son intéressante publication, de déposer son mémoire dans nos archives et de nous souvenir de ses nombreux travaux scientifiques, lorsqu'il y aura lieu de choisir un correspondant national.

Fracture comminutive de la voûte cranienne. Trépanation et ablation de larges fragments osseux du frontal. Guérison, par M. Henry Girard, médecin de la Marine, sous-directeur de l'École de Médecine navale de Bordeaux.

Rapport par M. PEYROT.

L'observation est celle d'un matelot qui reçut en plein milieu de la région frontale, l'extrémité d'un levier de fer du poids de 7 kilogrammes, lancé avec une grande vitesse. Perte de connaissance, côma, crises épileptiformes. Transporté au bout de vingt-

quatre heures à l'hôpital de Toulon, le blessé fut examiné et opéré par M. Girard qui constata l'enfoncement de nombreux et volumineux fragments engrenés les uns dans les autres. Il fallut pour les dégager pratiquer deux couronnes de trépan, grâce auxquelles on put les saisir et les extraire. Quatre fragments principaux mesuraient en moyenne 5 centimètres et demi de long sur 5 centimètres de large. D'autres plus petits furent aussi extraits. Le sinus longitudinal était mis à nu, mais intact dans toute sa longueur. La dure-mère était affaissée, déchirée, et les deux lobes du cerveau contusionnés profondément sur une longueur de 4 centimètres. Les suites opératoires ont été parfaites. L'accident s'était produit le 24 février. Le 13 avril la guérison était complète.

Cette observation est remarquable par l'étendue de la blessure que M. Girard a traité si heureusement. Je regrette de ne pouvoir la publier in-extenso. Comme dans tous les faits qu'il nous a communiqués, M. Girard s'est montré ici observateur parfait, minutieux et opérateur sage et heureux.

Fracture de l'humérus droit et paralysie radiale consécutive. Désenclavement du nerf radial. Guérison, par M. Henry Girard.

Rapport par M. PEYROT.

Un ouvrier des constructions navales, à Toulon, a l'humérus droit fracturé par l'action d'une machine qui, tournant rapidement, saisit la manche de son vêtement et l'entraîna.

L'accident a lieu le 9 mars; on applique le 11 un appareil de Hennequin. Cet appareil est enlevé le 5 avril parce que l'on constate des troubles de la motilité et de la sensibilité du côté de la main qui éveillent l'idée d'une paralysie radiale. La consolidation est en bonne voie, le cal est assez volumineux.

Malgré la faradisation ces accidents persistent et s'aggravent. L'impotence est complète et le 13 mai, le diagnostic de paralysie par inclusion du nerf radial dans le cal étant définitivement porté, M. Girard se décide à intervenir. Le nerf est mis à découvert sur le côté externe du bras et suivi dans la direction de la gouttière de torsion. On le trouve comprimé dans une gouttière ostéo-fibreuse résultant d'un léger déplacement du fragment supérieur. Il est dégagé en faisant sauter à la pince coupante et au ciseau la partie osseuse et saillante de ce canal. On le sépare du fond osseux de la gouttière à laquelle il adhère par les liens fibreux solides et on lui fait subir une légère élongation.

La cicatrisation est obtenue par première intention en quelques jours.

Six mois après tous les symptômes de paralysie avaient disparu. Pas de troubles trophiques du côté de la peau; hypoesthésie sur la moitié externe de la face dorsale du métacarpe; quelques douleurs fulgurantes légères. Un peu d'atrophie des muscles : manifestations qui semblent destinées à disparaître facilement.

Je regrette ici encore de ne pouvoir donner l'observation tout entière. C'est un modèle de description à la fois sobre et précise.

M. Girard nous a déjà adressé plusieurs communications qui toutes portent cette empreinte d'un esprit net, bien préparé et rompu à l'exercice de la meilleure chirurgie.

Je propose à la Société d'adresser des remercîments à M. Henry Girard, de déposer ses observations dans nos archives, et de l'inscrire dans un rang favorable sur la liste des candidats à la place de membre correspondant.

Lecture.

M. Ardouin lit une communication intitulée : *Enfoncement de la voûte du crâne.*

— Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Quénu, Ricard et Legueu, rapporteur.

M. Toussaint lit un travail intitulé : *Ostéo-périostite du tibia par effort.*

— M. Schwartz, rapporteur.

Présentations de malade.

De l'interposition des parties molles entre les surfaces osseuses dans les résections du coude pour ankyloses.

M. Quénu. — Voici un jeune malade âgé de dix-sept ans que je vous présente pour que vous puissiez apprécier l'état fonctionnel de son coude.

Il fléchit l'avant-bras au delà de l'angle droit, il a une bonne extension mais incomplète, une bonne pronation et une difficulté à franchir la position intermédiaire.

Ce malade avait été opéré dans de détestables conditions, voici le résumé de son histoire. Le 2 août il eut le bras gauche pris entre deux rouleaux métalliques; l'extrémité inférieure de l'humérus était broyée, la peau détruite à la face interne du bras; en plus fracture des deux os de l'avant-bras à leur extrémité inférieure; les veines humérales étaient déchirées, l'artère mise à nu mais indemne; le nerf cubital était violemment contusionné et nous ne tardâmes pas à en voir les conséquences sous forme d'atrophie des muscles de l'avant-bras, des muscles interosseux et hypothénardiens (mains en griffes); la plaie humérale contuse et compliquée d'escarres suppura longtemps, un trajet fistuleux persiste encore au milieu de la face interne du bras. Au mois de mars dernier, soit sept mois après l'accident, l'ankylose du coude était complète, le membre amaigri, atrophié et absolument mutilé, les doigts en griffes ne saisissant que difficilement un objet.

J'opérai le jeune malade le 31 mars avec l'intention de réaliser le procédé que je vous ai décrit il y a un peu plus d'un an, c'est-à-dire d'interposer le ligament antérieur doublé d'une tranche de brachial antérieur.

Le coude ouvert, après une incision postéro-médiane de Park, je constatai que mon muscle brachial antérieur était friable, atrophié, le ligament antérieur mince et inutilisable; j'eus recours alors au procédé suivant.

J'avais, je le rappelle, réséqué les deux extrémités supérieures des deux os de l'avant bras, et l'épiphyse humérale. Je fis une petite encoche en V sur le milieu de l'extrémité humérale. Alors, pratiquant une incision longitudinale dans la couche fibro-aponévrotique; à 2 centimètres de l'incision médiane de la capsule et parallèlement à elle (côté interne), je mobilisai ce ruban tendineux, fixé encore à ses deux extrémités, le logeai dans l'encoche et le fixai solidement au tissu fibreux précubital par deux points de suture; par cela même une partie de la capsule fibrotendineuse s'interposa entre le cubitus et la partie interne de la tranche humérale.

Les deux lèvres de la boutonnière faite à la capsule furent suturées au catgut et la plaie réunie sans drainage.

Je partis en congé et retrouvai mon malade vingt-trois jours après, toujours dans le plâtre où je l'avais placé; aucune ankylose ne s'était produite et je m'appliquai non à augmenter les mouvements, mais à obtenir une meilleure nutrition des muscles.

J'insiste actuellement sur ce point important, c'est que le bras n'est pas ballant et que les mouvements du coude s'accomplissent dans toutes les attitudes du bras. L'articulation de l'épaule

enraidie et atteinte d'arthrite dès les premiers jours qui suivirent l'accident est restée raide.

J'ai répété cette opération sur le cadavre et je devais vous montrer les pièces aujourd'hui; je le ferai à la prochaine séance.

Eléphantiasis du scrotum et du fourreau de la verge. Opération.

M. A. Guinard. — Le malade que je vous présente est âgé de trente-trois ans : c'est un homme très vigoureux, brun, grand et solidement bâti. Né au îles du Salut, près Cayenne, il a quitté le pays à l'âge de sept ans pour venir faire ses études à Paris. En 1885 il est retourné à Cayenne où il a toujours habité depuis lors, sauf pendant quatre mois en 1890. Pendant onze ans il a fait le métier de mineur dans les mines d'or; mais depuis quatre ans il est négociant. Il y a six ans, il s'est aperçu que le pli de l'aine droit était plus saillant. Pendant vingt-quatre heures, la peau devint rouge à ce niveau, et il eut des frissons violents et de la fièvre avec des vomissements. Les médecins pensèrent à un érysipèle, bien qu'il n'y eût nulle part une écorchure quelconque. Plusieurs poussées analogues survinrent à moins d'un an de distance, le membre tout entier devenant rouge. Depuis dix ans, il y a de temps en temps du gonflement des bourses, qu'on a attribué à de l'hydrocèle vaginale. Depuis quatre ans, le gonflement des bourses ne cesse plus et va toujours en augmentant. Depuis deux ans, ce gonflement a gagné le prépuce et le fourreau de la verge. Le traitement fait jusqu'ici, sans aucun succès d'ailleurs, a été constitué uniquement par des onctions belladonées. Quand le malade entre dans mon service, en octobre 1903, on est frappé du volume des bourses qui sont grosses comme une noix de coco et surmontées d'une saillie cutanée éléphantiasique dans laquelle on trouve difficilement la verge. Ce n'est qu'à la palpation attentive qu'on arrive à percevoir le gland et la verge refoulés par la masse éléphantiasique contre le pubis. Le prépuce a le volume d'un œuf de poule. Sur toute la région la peau a sa coloration normale. Le raphé scrotal forme une saillie irrégulière, œdémateuse. Au toucher on sent le scrotum très épais, d'une consistance d'œdème chronique dur. La peau est prise ainsi des deux côtés jusqu'aux plis génito-cruraux.

Dans les deux aines on voit, comme on le voit encore maintenant, une tuméfaction, qui à gauche a le volume du poing et dont la consistance est mollasse, pâteuse, avec une pléiade ganglionnaire profonde. Les ganglions sont petits et durs, séparés les uns

des autres comme des grains de chapelet. Les deux jambes présentent une sorte d'œdème chronique dans leur moitié inférieure, avec des cicatrices d'ulcérations qui tourmentent le malade depuis cinq ou six mois. Ces lésions sont absolument symétriques, et la peau des jambes est pigmentée comme chez les vieux variqueux.

Aucun symptôme de syphilis à aucun moment. Il y a eu trois blennorragies dont la dernière date de deux ans; mais jamais d'orchite, jamais de balano-posthite, bien que le gland ait toujours été recouvert. Le prépuce a toujours été long mais sans qu'il y ait phimosis.

Le 2 novembre 1903, j'ai enlevé au bistouri la totalité des bourses, le prépuce et le fourreau de la verge, c'est-à-dire toute la peau éléphantiasique. J'ai ensuite reconstitué un fourreau à la verge en amenant par glissement deux lambeaux latéraux que j'ai suturés sur la ligne médiane au-dessous de la verge. Sous la verge ainsi recouverte j'ai pu amener par glissement la peau des plis génito-cruraux et j'ai fait une suture sur la ligne médiane au-devant des testicules.

Actuellement, le résultat paraît bon : le gland est largement découvert et la verge a deux travers de doigt de longueur. Cependant le malade se plaint que l'érection est gênée par le défaut de longueur, mais l'opération est encore récente, et j'espère qu'à la longue la peau du pubis « prêtera » et donnera de la longueur à la verge pendant l'érection. Je vous présente les pièces enlevées : elles ont été examinées, et le sang du malade, prélevé pendant la nuit, a été étudié aussi par mon interne, M. Gadaud. On n'a pu y trouver la filaire. Je fais remarquer que le malade a encore dans les deux aines ces adéno-lymphomes dont j'ai parlé plus haut; mais je dois dire que les masses pâteuses ont déjà notablement diminué de volume depuis l'opération.

M. Tuffier. — J'ai vu autrefois opérer par Verneuil, un éléphantiasis du scrotum; il avait souvent pratiqué cette opération et il enlevait aussi largement que possible la région malade jusqu'au delà du pli génito-crural. J'avoue que quand je l'ai vu ainsi dénuder des testicules qui pendaient misérablement dans une large plaie, je me demandais comment la réparation pourrait s'effectuer. J'ai revu pendant plusieurs années le malade ainsi opéré, le résultat était remarquable et le scrotum était resté souple et mince.

M. Moty. — Le diagnostic de filariose est évident, mais si l'on ne trouve pas actuellement d'embryons, cela ne veut pas dire qu'on ne puisse en trouver plus tard, car il n'est pas rare de con-

stater des interruptions dont la cause n'est pas bien connue dans la circulation des embryons dans le sang. Au point de vue des indications je suis également d'avis qu'il n'y a pas lieu à intervention du côté des aines, la lésion ne causant pas une gêne suffisante.

M. Pierre Sebileau. — Le résultat obtenu par M. Guinard est joli; comme Tuffier, j'ai vu des réparations vraiment surprenantes du scrotum; on peut tout attendre de celui-ci au point de vue plastique.

Lyot et moi nous rappelons cependant avoir vu notre maître Le Dentu procéder, dans ces cas d'éléphantiasis, autrement que par la résection large; il taillait dans la masse scrotale des tranches parallèles.

Après avoir assuré la plastique, il faut maintenant, pour le malade de Guinard, assurer la fonction. Ce qui s'oppose à la complète expansion de la verge dans le sens antéro-postérieur, à l'autopropulsion si l'on veut, c'est une sorte de bourrelet dur, éléphantiasique qui fait cale entre le pubis et le rempart balanique; il empêche cette peau du pubis de suivre avec docilité la verge et de donner à l'érection l'étoffe qui la rendrait vraiment avantageuse.

Le Secrétaire annuel,

Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1903

Présidence de M. Kirmisson.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2°. — Une lettre de M. Picqué, qui, retenu par ses fonctions de juge au concours de l'Internat des asiles, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

3°. — Deux observations de M. le Dr Fontoynont. La première est intitulée : *Prolapsus total du rectum chez un enfant malgache de douze ans.*

La deuxième concerne un cas de *trépanation pour épilepsie jaksonienne consécutive à une disjonction ancienne de la suture coronale.*

Les deux observations de M. Fontoynont sont renvoyées à une commission dont M. Broca est nommé rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Restauration palatine.

M. Ehrmann. — J'ai demandé la parole à propos de la très intéressante restauration palatine que vous a présentée M. Sebileau dans l'avant-dernière séance, à laquelle j'ai eu le regret de ne pas assister.

Je n'ai pas eu l'occasion d'appliquer dans son intégralité le procédé de M. Lannelongue, qui consiste à combler la partie osseuse de la division congénitale à l'aide d'un volet fibro-muqueux emprunté au vomer, mais sans mobilisation simultanée du revêtement muqueux d'aucune des deux apophyses palatines, ce qui explique l'inconstance des résultats qui en avaient été obtenus. M. Sebileau chez son malade a avantageusement complété le procédé, en y associant cette mobilisation qui favorise à un haut degré la vascularisation du lambeau nasal, en même temps que le relâchement de la suture. C'est à cette circonstance qu'est certainement dû le beau résultat dont notre habile collègue vous a rendus témoins.

J'ai plusieurs fois, dans les grandes divisions unilatérales, augmenté l'ampleur de mon lambeau, du côté continu au vomer, en y comprenant une bandelette de fibro-muqueuse nasale, ainsi que le pratique couramment Th. Smith (de Londres) qui l'indique dans ses publications. Mais dans les cas que j'ai traités, la partie prélevée sur la cloison nasale n'avait jamais excédé 6 à 8 millimètres.

Je désirerais encore soumettre à la bienveillante attention de M. Sebileau quelques considérations que m'a suggérées l'appréciation qu'il a émise, en passant, sur le procédé palatoplastique en deux temps, dont il me semble n'avoir pas pénétré avec une impartialité rigoureuse les véritables applications.

De ce procédé dû à J. Wolff, que je me suis attaché à vulgariser parce qu'il réalise à mes yeux un réel progrès, M. Sebileau pense plutôt qu'il est « une complication tout à fait inutile ». Sous cette formule générale, il me permettra de trouver que sa critique est certainement trop absolue. M. Sebileau n'a pas expérimenté le procédé, parce que jusqu'ici il a toujours été satisfait du procédé classique. Mais d'autre part, il paraît renoncer, *a priori*, à opérer les cas que précisément vise plus expressément le procédé en deux temps. De toute la catégorie de deux à cinq ans, il estime que l'intervention y est plutôt contre-indiquée, non pas pour le motif que ces sujets ne sont pas éducables, mais parce que l'opération est compromise par la fragilité des tissus, qui résistent mal, dit-il, aux instruments et aux fils. Or, c'est justement là le but que poursuit et que réalise avec succès le procédé en deux temps, vasculariser par la fluxion collatérale les tissus minces des jeunes, de façon à ne les présenter à la suture que dans des conditions de nutrition supérieures, les assimiler par là, autant que possible, à ceux des sujets plus âgés, justiciables de l'opération en un temps.

De là maintenant à généraliser l'emploi de ce mode opératoire, il y a loin; et telle n'a jamais été ma pensée. Mon mémoire sur la

palatoplastie en deux temps (1) est très explicite à cet égard. Je n'applique systématiquement le procédé qu'aux enfants de moins de six ans. Passé cet âge, je le réserve aux sujets de constitution faible, à tissus palatins particulièrement maigres, puis, aux cas qui par leur complexité, par les difficultés spéciales qu'ils comportent, sortent des conditions habituelles de l'opération courante; c'est la formule dont je me suis servi dans mon mémoire; j'entends par là les cas extrêmes, les cas limites. Pour cette grande catégorie d'opérés donc, la plus importante, je suis bien près de m'entendre avec M. Sebileau.

Et si, dans ces cas relativement rares dont je viens de parler, je m'adresse de préférence au procédé en deux temps, c'est que la réussite me paraît par lui mieux assurée, par cela même qu'il sauvegarde d'une manière plus certaine les conditions circulatoires dans les lambeaux ; que dès lors l'inconvénient de la double séance est compensé par la garantie de succès plus grande qu'en retire le chirurgien.

Je sais qu'on peut m'objecter que rien ne prouve que chez ces mêmes sujets l'opération classique n'eût pas donné un succès équivalent. Peut-être... ;mais je ne partage pas cette confiance; il y a là une question d'impression, à laquelle il est difficile de complètement se soustraire, et qui résulte de l'expérience acquise.

Depuis les premiers travaux que j'ai eu l'honneur de soumettre à la Société de Chirurgie sur les restaurations palatines, en 1865, j'ai eu l'occasion d'opérer beaucoup de palais fendus, et je les ai opérés pour la plupart par le procédé en un temps. Ce n'est qu'en 1892 que j'ai commencé à expérimenter le procédé de J. Wolff. C'est la comparaison des résultats que m'ont procurés, dans les séries parallèles d'âges et, autant que possible, de conditions locales similaires, l'un et l'autre procédé, qui m'a amené à reconnaître la supériorité de celui en deux temps, toutes choses égales d'ailleurs, et là où, encore une fois, son indication se pose réellement.

Depuis que j'y ai recours — je l'ai utilisé aujourd'hui une soixantaine de fois — je ne vois plus que très exceptionnellement de ces infections partielles de la suture, spécialement à la limite de la voûte et du voile, aboutissant à des perforations qui souvent guérissent spontanément, mais pas toujours, et que l'on n'est jamais certain d'éviter dans le procédé habituel.

C'est ce qui m'autorise, je le crois, à maintenir que le procédé palatoplastique en deux temps, sans vouloir pour cela lui prêter

(1) Considérations sur la palatoplastie en deux temps dans les divisions congénitales du palais. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1901, n° 33.

une importance trop exclusive, est appelé à rendre, dans certains cas donnés, de précieux services. J'ajouterai que pour le traitement des fistules latérales (1), il est indispensable.

M. Paul Reclus. — J'ignore le point spécial qui sépare M. Ehrmann de M. Sebileau, mais je tiens à témoigner en faveur du procédé en deux temps de notre collègue de Mulhouse. M. Ehrmann m'a fait l'honneur de venir opérer dans mon service de Laënnec et je lui avais réservé un cas particulièrement difficile; il s'agissait d'un adulte dont la fissure staphylopalatine avait une profondeur et un écartement considérables. De plus, et ceci est le point important, les bords de la fente étaient d'une minceur extrême et véritablement papyracés. M. Ehrmann a eu recours à la palatostaphylorraphie en deux temps. Lorsque, au bout de quelques jours, il a pratiqué le second temps opératoire, les deux bords, si minces avant le premier temps qu'ils paraissaient ne pouvoir supporter un fil sans se déchirer, étaient épais, vascularisés, et le résultat de la suture a été merveilleux. C'est le plus beau succès que j'ai observé.

M. Félizet. — Je vous demande la permission de joindre mon témoignage à celui de M. Reclus sur les avantages de l'opération en deux temps. M. Ehrmann m'a fait l'honneur, le plaisir, il m'a procuré aussi l'occasion précieuse d'instruction, en opérant dans mon service des opérations d'uranostaphylorraphie, il a fait l'intervention en deux temps. J'ai suivi, avec une grande attention, les suites de l'application de cette méthode et j'ai été absolument édifié sur la valeur de l'intervention en deux temps.

Quand le périoste de la voûte est mince, quand le tissu du voile est réduit à une épaisseur et à une surface véritablement insuffisantes, le premier temps procure le grand avantage d'épaissir les tissus, de les gonfler sans inflammation, de les préparer à l'avivement, et cet avivement se fait, sur ces parties devenues massives, dans des conditions de précision et de netteté qui permettent au chirurgien de réaliser un véritable accolement en surface.

Le premier temps (détachement du périoste et libération du voile) non seulement ne constitue pas une inutile complication, mais représente une préparation merveilleusement utile à l'exactitude de l'avivement et à la netteté des sutures.

M. Ehrmann, vous le savez, cherche la perfection, et il l'obtient. Or j'ai été constamment frappé par l'admirable accolement des deux parties du voile avivé.

(1) Sur les fistules latérales consécutives à l'uranostaphylorraphie. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1897, n° 21.

Il y a plus : la luette, à la suite de l'exécution du premier plan, prend une consistance et un volume qui permettront un avivement riche et solide, et j'ai pu voir M. Ehrmann travailler avec aisance une luette qui, avant le premier temps, paraissait incapable de se prêter à la suture.

Je partage entièrement l'opinion de M. Ehrmann au sujet d'une luette bien modelée et parfaitement symétrique.

Je considère, pour ma part, une luette bien avivée et bien régulière comme une sorte de point d'arrêt et comme la « clef » du développement symétrique du voile du palais réparé.

Je regrette de ne pas partager l'opinion de mon ami Sebileau — *amicus Plato* — mais je devais à la vérité d'apporter un témoignage à l'excellence de la méthode pratiquée avec tant de succès par M. Ehrmann, notre collègue et notre maître en staphylorraphie.

M. Pierre Sebileau. — La discussion soulevée par la réponse de M. Ehrmann à ma dernière présentation porte sur deux points : 1° application du procédé de Lannelongue à l'uranoplastie ; 2° valeur de la palatoplastie en deux temps.

Sur le premier point, je pense, comme M. Ehrmann, que le beau résultat de l'intervention que j'ai pratiquée tient à ce que j'ai associé les incisions latérales libératrices de Dieffenbach-Baizeau-Langenbech à la taille d'un large lambeau fibro-muqueux vomérien. Peut-être les insuccès dont paraît avoir été, jusqu'à ce jour, suivi l'emploi du procédé de Lannelongue tiennent-ils à ce qu'on a taillé trop parcimonieusement le lambeau nasal et, d'autre part, à ce qu'on a négligé de « se donner de l'étoffe » en faisant des incisions libératrices.

Sur le second point, je tiens à me défendre de suite d'avoir voulu apprécier et encore moins « exécuter » la palatoplastie en deux temps, si heureusement employée et si habilement défendue depuis de longues années, par M. Ehrmann. On n'est autorisé à juger que les choses que l'on connaît bien, et l'on ne connaît bien que les choses que l'on a pratiquées. Or je n'ai jamais exécuté l'uranoplastie en deux temps. J'ai simplement dit que je considérais celle-ci, jusqu'à plus ample informé, comme une complication opératoire inutile, parce que le procédé classique m'a donné, jusqu'à ce jour, des résultats constamment satisfaisants. Je n'ai eu qu'un insuccès encore ; le dédoublement technique de l'opération m'aurait-il permis de l'éviter? C'est possible, mais des arguments rétrospectifs de cet ordre n'ont aucune valeur.

Donc, je m'en tiens, pour le moment, à la palatoplastie en un temps et je l'applique à tous mes fissurés. Que M. Ehrmann ne croie pas que je renonce à opérer les enfants jeunes. Il n'en est

rien; j'ai dit simplement avoir l'impression (la conviction ne peut ici venir que d'une très longue pratique) que l'opération exécutée dans la seconde enfance avait quelques avantages sur l'opération pratiquée dans la première enfance : la bouche est plus grande, les instruments y sont plus maniables; les tissus, tout aussi complaisants, sont plus résistants et moins dilacérables. On tend aujourd'hui à avancer l'âge propice à l'intervention. Est-on bien dans le vrai et ne reviendra-t-on pas aux errements passés? Voilà simplement ce que je me suis demandé.

Je veux répondre seulement deux mots à mon maître Reclus et à M. Félizet. Je suis convaincu, comme eux, que la palatoplastie en deux temps est une opération simple, facile, capable, en nous donnant des lambeaux gonflés par la réaction inflammatoire, de nous rendre, en certains cas, des services. Mais je ne pense pas qu'on puisse sérieusement la considérer, au point de vue technique, comme une simplification de l'intervention. L'uranostaphylorraphie, dès qu'on en a quelque pratique, si l'on est un chirurgien patient, si l'on a le courage de ne pas s'irriter contre le chloroformisateur et de consentir, par des pauses opératoires, à une anesthésie méthodiquement fragmentée, si surtout on sait se servir de l'éclairage artificiel, est une opération facile.

M. Félizet nous dit que M. Ehrmann est arrivé à y réaliser la perfection, et il en donne comme preuve la reconstitution ordinaire de la luette que celui-ci obtient par son procédé. Je connais trop bien et, par conséquent, j'apprécie trop les travaux de M. Ehrmann pour ne pas partager l'opinion de notre collègue; mais je dois lui dire qu'il n'est nullement nécessaire de dédoubler l'opération pour obtenir une bonne plastique de la luette. Regardez sur ce point le dernier malade que je vous ai présenté; il vous convaincra.

Cette plastique de la luette est-elle, d'ailleurs, de quelque utilité pour le recouvrement des fonctions phonatrices? C'est un point sur lequel je reviendrai ultérieurement.

Sur le traitement des fractures par les appareils de marche.

M. Berger. — Dans cette question du traitement des fractures par les appareils de marche qu'a remise à l'ordre du jour la communication de M. Hennequin, il faut distinguer avec soin le traitement des fractures de la cuisse et ce qui concerne les fractures de jambes; je m'occuperai surtout des premières.

Je suis peu disposé à recourir aux appareils de marche dans le traitement des fractures du fémur, malgré les bons effets qu'en ont obtenus divers chirurgiens, depuis le professeur Dollinger qui

s'en est déclaré l'un des partisans les plus convaincus jusqu'à notre collègue M. Delbet, et je ne sais pas vraiment quel avantage on peut en attendre.

Nous possédons pour le traitement de ces fractures un appareil qui répond à toutes les indications et qui réalise ou peu s'en faut la perfection dans les résultats qu'on peut en attendre : c'est l'appareil fondé sur le principe de la traction continue par les poids dans la demi-flexion du genou, l'appareil de M. Hennequin, que je puis déclarer supérieur à tout ce qui a été fait dans l'espèce et que je considère comme le plus grand progrès réalisé dans le traitement des fractures : j'ai assisté à ses origines lorsque j'étais encore interne; nous avions abandonné les premiers essais, d'une application difficile, compliquée et souvent douloureuse, qu'avait faits, M. Hennequin de sa méthode. Après avoir, pendant plusieurs années, eu recours à la traction continue par les poids dans l'extension du membre, au moyen d'appareils à peu près semblables à celui qui porte le nom de M. Tillaux, depuis plus de quinze ans je suis revenu à la méthode et à l'appareil simplifié de M. Hennequin dont la supériorité des résultats m'avait absolument convaincu.

Le principe de cette méthode est inattaquable : c'est dans la demi-flexion du genou que la traction doit être établie sur le fragment inférieur par l'intermédiaire de la jambe demi fléchie qui agit sur lui par les ligaments latéraux plus encore que par la cravate qui entoure la région sus-rotulienne ; la position demi-fléchie est en effet celle qui correspond à la plus grande capacité du genou, celle par conséquent où tend spontanément à se mettre le membre après la fracture qui s'accompagne, ainsi que je l'ai démontré dans ma thèse, toujours d'un épanchement plus ou moins abondant dans le genou. Dans la position demi-fléchie tous les muscles, les pelvicruraux particulièrement, sont également tendus et subissent également la traction ; c'est leur action même qui agissant sur les fragments favorise la coaptation et la contention régulière de ceux-ci, tandis que, lorsque le membre est soumis à la traction dans la rectitude, les pelvicruraux postérieurs sont tous tendus, et tendus outre mesure, tandis que le triceps est trop relâché.

L'abduction plus ou moins marquée dans laquelle se fait l'extension continue par l'appareil Hennequin présente le grand avantage de mettre le fragment inférieur dans le prolongement du fragment supérieur, toujours dirigé en dehors et d'autant plus que la fracture se rapproche plus des trochanters.

L'appareil Hennequin laisse libres et mobiles les articulations supérieures et inférieures, hanche et genou, et évite les raideurs

si marquées du genou que laisse souvent la traction dans la rectitude du membre.

Il permet le contrôle facile, à tout instant, sans rien déranger, de la coaptation ; on peut, quand c'est nécessaire, soit lui associer les pressions directes sur un fragment saillant, soit employer au cours même de la consolidation les massages de la cuisse ; il n'enferme et n'immobilise même pas d'une manière absolue le segment fracturé lui-même

Je ne crains pas de dire que dans toutes les fractures du fémur, quel qu'en soit le siège, sous-trochantériennes, de la partie moyenne, supra-condyliennes même, mais surtout dans celle de la diaphyse, l'appareil d'Hennequin procure la consolidation avec un raccourcissement nul ou inférieur à un centimètre avec un minimum de raideur et d'atrophie musculaire ; il est applicable aux fractures comminutives et aux fractures compliquées comme aux fractures simples.

Vous comprenez qu'il faudrait que les appareils de marche eussent sur cet appareil si efficace et pourtant si simple d'incontestables avantages pour que je pusse me résoudre à l'abandonner pour eux. Quels sont donc ces avantages?

Un seul, le bénéfice de faire sortir le malade du lit pendant le traitement ; est-il aussi réel qu'on le pense?

Au point de vue social, professionnel, économique, il est presque nul, car, avec ces appareils lourds et peu maniables, le blessé ne peut se déplacer librement, encore moins se livrer à un travail mécanique quelconque ; combien sont rares les professions dans lesquelles le fracturé pourra bénéficier de leur emploi !

Au point de vue physiologique, de la conservation des mouvements, de l'entretien des fonctions musculaires et de la préservation contre les raideurs et les atrophies, je crains que ce soit encore un leurre, car le membre est plus immobile et plus emprisonné encore dans l'appareil de marche que dans l'appareil Hennequin, et le fracturé s'en sert non comme d'un membre actif, mais comme d'un support passif et inerte, comme on le ferait d'un pilon ou d'un membre prothétique.

Il faut d'ailleurs compter avec le relâchement de la contention produit par l'atrophie du membre et qui rend l'appareil insuffisant, avec les déplacements possibles par la marche, avec le tassement des parties molles qui permet au déplacement osseux de se reproduire, avec les points de compression et les lésions possibles de la peau etc., etc.

Il faudrait, pour me convaincre que l'appareil de marche donne les mêmes résultats que l'appareil Hennequin, qu'on me montrât non pas un, mais trois, quatre ou cinq malades ayant marché

depuis le quinzième ou le vingtième jour de la fracture de cuisse avec cet appareil, et consolidés sans avoir un centimètre de raccourcissement ou de déviation appréciable des fragments. Si l'appareil de marche ne remplit pas ces conditions, pour le bénéfice illusoire de dire que l'on fait promener des malades atteints de fractures de la cuisse, on s'expose à se priver de l'avantage incontestable et certain d'une consolidation irréprochable.

On atteindrait même ce résultat, que je ne me rallierais pas à l'emploi des appareils de marche comme moyen usuel à recommander dans le traitement des fractures du fémur, car ces appareils sont d'une application difficile et demandent une grande habitude et une certaine habileté de la part de celui qui les emploie; ils réclament de la surveillance, tout au moins dans les premiers temps, et ils ne répondent pas à ce qu'exige le traitement d'une fracture qui est de tous les milieux, de toutes les conditions d'habitation, de lieu, de situation sociale, qui se présente à la campagne comme dans les faubourgs, chez des bûcherons et des cultivateurs comme chez les ouvriers des villes. Un médecin quelconque qui a suivi trois ou quatre fois avec attention l'application de l'appareil Hennequin dans nos hôpitaux peut, dans quelque situation que se trouve le blessé, appliquer cet appareil et obtenir par son moyen une consolidation parfaite; tandis que l'application des appareils de marche ne peut être faite que par un chirurgien, dans des conditions toutes particulières d'hospitalisation ou d'aisance du blessé.

Sans me refuser donc à essayer et à employer les appareils de marche pour certaines fractures de la cuisse, dans des circonstances toutes particulières et à titre d'exception, je crois qu'il serait dangereux de les représenter comme un appareil qui doive recevoir une application habituelle et qui puisse s'adapter à la majorité des cas en un mot, qui puisse passer dans la pratique courante de la chirurgie.

Il en est un peu différemment pour les fractures de la jambe : il faut ici faire une distinction entre les bonnes et les mauvaises fractures.

Quand il s'agit d'une fracture transversale simple sans déplacement, d'une fracture en rave, d'une fracture du tibia seul, ou d'une fracture des malléoles, rien de plus naturel et de plus facile lorsque la tuméfaction du membre tend à disparaître, que de mettre un appareil contentif solide qui permette au blessé de quitter le lit et de vaquer plus ou moins à ses occupations. Cela a bien de temps en temps des inconvénients et des dangers; il est néanmoins possible, sans compromettre le résultat, d'abréger la durée de l'immobilisation complète du malade sans nuire

au résultat définitif qui ne doit jamais être sacrifié à la considération des avantages temporaires de la méthode de traitement.

Mais les fractures auxquelles nous réservons tous nos soins et tous nos efforts, ces fractures obliques de la jambe, fracture en V, fractures hélicoïdales, les fractures de Dupuytren avec luxation du pied en dehors, les fractures sus-malléolaires avec déplacement nécessitent, pour obtenir un résultat suffisant ou à peu près suffisant, quelquefois, hélas même assez défectueux, une telle surveillance, de tels soins, une telle somme d'efforts, qu'il serait tout à fait insensé de les soumettre aux causes de déplacement et aux hasards de la déambulation. C'est pour ces fractures que le traitement le meilleur et le véritable appareil sont encore à trouver : après m'être appliqué à les soigner depuis le commencement de ma carrière chirurgicale, malgré les résultats favorables et parfois même très bons que j'ai pu retirer de l'emploi des appareils ordinaires, appliqués avec beaucoup de soin, de surveillance et de méthode, je me trouve ramené à recourir aux tractions continues par des poids, et c'est encore à l'appareil de M. Hennequin, quoiqu'il ne réalise pas pour moi l'idéal, que je donnerais la préférence : mais je considère que, pour ces fractures, même après avoir obtenu une réduction parfaite par des tractions et fixé par l'appareil le plus rigide le membre dans cette situation de réduction, ce serait une véritable folie que de s'en remettre à cet appareil pour empêcher le retour du déplacement et de permettre de prendre sur cet appareil un point d'appui pour la marche avant que la consolidation ne soit déjà fort avance.

M. Tillaux. — Je viens de lire, à l'instant même, dans notre *Bulletin* du 25 novembre, sous la signature de M. Hennequin, la phrase suivante : « Qu'est l'appareil du professeur Tillaux? » Je voudrais vous rappeler, Monsieur Hennequin, une anecdote dont vous vous souviendrez peut-être, elle date d'une vingtaine d'années. J'étais chirurgien de Beaujon et vous veniez mettre chez mon voisin et ami M. Labbé un appareil pour fracture de cuisse; je plaçais moi-même dans mon service l'appareil à extension pour cette même fracture; vous vîntes voir mon appareil et je vous proposai de mesurer les fémurs de nos deux malades pour juger des résultats obtenus. Vous connaissiez donc bien alors cet appareil que vous ignorez aujourd'hui. Peu m'importe qu'on lui donne le nom d'appareil de Tillaux ou d'appareil américain. Je n'ai pas la prétention d'avoir inventé l'extension continue dans le traitement des fractures de cuisse ; mais ce que j'affirme m'appartenir, c'est le moyen de pratiquer la contre-extension en plaçant le malade le corps incliné, la tête basse, les pieds du lit relevés

de telle façon que le propre poids du blessé fasse la contre-extension et supprime du même coup toutes ces alèzes en cravate qui passaient dans le pli de l'aine pour se fixer au bois du lit et qui rendaient vraiment l'appareil insupportable. Vous pouvez voir figuré cet appareil dans mon *Traité de chirurgie*, et tout le monde le connaît ; il m'a permis de faire marcher sans la moindre raideur articulaire des enfants au vingt-cinquième jour, des adultes quarante jours après leur accident. Sa simplicité le met à la portée des plus humbles praticiens, qui, jusqu'au fond des campagnes, l'ont appliqué sans le moindre accident, et son efficacité, dans ces circonstances, m'est hautement prouvée par les nombreuses lettres que j'ai reçues de confrères de province, me félicitant des résultats obtenus. Voilà pourquoi, Monsieur Hennequin, je ne pouvais pas laisser sans réponse votre question : « Qu'est l'appareil du professeur Tillaux? »

Rapport.

Sur une observation d'hystérectomie addominale totale. Section de l'uretère. Urétérocystonéostomie immédiate. Guérison, par M. le Dr LEGUERN, chirurgien de l'hôpital de Saint-Brieuc.

Rapport par M. Ed. SCHWARTZ.

Le Dr Leguern vous a adressé une observation que je demanderai de résumer devant vous en y ajoutant les quelques réflexions qu'elle m'a suggérées. Il s'agit d'une femme de cinquante ans ayant eu deux enfants, qui, depuis dix-sept ans, s'est aperçue de l'existence d'une tumeur de l'abdomen. Depuis un an, celle-ci a augmenté considérablement de volume, est devenue douloureuse, surtout au moment des époques qui sont irrégulières et abondantes.

Malgré l'âge, étant donnée l'augmentation de volume, les douleurs, l'abondance des pertes, le Dr Leguern conseille une intervention. Il a constaté la présence d'une tumeur dure, mate, dépassant l'ombilic de quatre à cinq travers de doigt, s'étendant surtout dans la fosse iliaque gauche. Elle est peu mobile. Au toucher, le col est effacé, projeté à droite; le cul-de-sac gauche est rempli par une masse dure. Le palper bimanuel permet de

de constater que la tumeur est un peu mobile, et que ses mouvements se transmettent à l'utérus. L'état général est bon, les fosses n'ont en rien diminué.

L'opération proposée est acceptée et pratiquée le 26 août 1902, avec l'aide des Drs Bellanger, Grenier et Nimier.

Après toutes les précautions d'usage, la laparotomie a découvert un fibrome s'étendant dans le ligament large gauche, ayant refoulé l'utérus à droite; il y tient intimement, ainsi qu'à la vessie et à l'S iliaque. Le Dr Leguern fait l'énucléation intraligamentaire, gêné par de grosses veines qui donnent une hémorragie assez profuse. En décollant la tumeur à gauche et en avant, après ligature difficile de l'utérine gauche masquée par elle, il ouvre la vessie sur une étendue de 1 centimètre, puis il lie l'utérine droite après section du vagin, et finit en coupant le ligament large et les annexes droites, d'après le procédé de Kelly.

La plaie de la vessie immédiatement réparée est fermée par un surjet au catgut fin; on lie tout ce qui a été pincé et saigne. On constate alors qu'à gauche, ce qui paraissait une grosse veine n'est autre que l'uretère coupé et pincé. De l'urine y coule dès que la pince est enlevée. Aussitôt le Dr Leguern rouvre la plaie vésicale déjà suturée, y insinue le bout de l'uretère, après avoir cherché en vain le bout périphérique. Deux surjets musculo-séreux puis séro-séreux assujettissent l'uretère à la vessie. Tout cela est fait au catgut n° 1. Pour l'opérateur il appert que l'uretère a été sectionné au ras de la vessie, d'où la non-découverte d'un bout inférieur. L'opération est continuée par suture du vagin et des ligaments larges. Drainage du cul-de-sac postérieur par l'angle inférieur de la plaie abdominale. Sonde à demeure dans la vessie.

L'opération avait duré une heure cinquante. La tumeur enlevée avait les dimensions d'une tête d'adulte.

L'opérée eut un sckock assez sérieux qu'on combattit par des injections sous-cutanées de sérum et d'huile camphrée stérilisée au 1/10. Au bout de deux jours, tout danger de ce chef était écarté. Les urines d'abord sanguinolentes devinrent claires dès le 2 septembre, soit quatre à cinq jours après l'opération. La sonde fut enlevée le septième jour. Le drain est enlevé lui-même le neuvième jour.

Le 15 septembre l'opérée se lève, et le 17 elle quitte la clinique. Depuis, le Dr Leguern a revu plusieurs fois sa malade. Elle va aussi bien que possible.

L'observation que nous venons de résumer nous montre un des accidents de l'hystérectomie totale pour fibromes de l'utérus. Ce sont surtout les fibromes développés dans le segment inférieur et les fibromes intraligamentaires qui, en déplacant les uretères,

donnent lieu au cours des manœuvres de l'ablation totale à la section ou à la déchirure, voire à la résection de l'uretère sur une certaine étendue. Deux cas se présentent : l'on s'aperçoit de l'accident au cours même de l'opération ou à la fin de l'ablation quand on enlève les pinces pour pratiquer les ligatures, ou bien la blessure passe inaperçue et se traduit secondairement, si la malade guérit, par une fistule urétéro-vaginale ou urétéro-abdominale, à moins que l'opérée ne guérisse après ligature de l'uretère par atrophie du rein et sans accidents graves, hasard sur lequel on ne peut guère compter. Le Dr Leguern s'est trouvé dans le premier cas, et il a suivi la conduite qu'il faut toujours tenir, quand elle est possible, et qui consiste à réparer aussitôt le dégât soit par une urétérorraphie quand la section est loin de la vessie et le rapprochement des bouts de l'uretère possible, soit, comme il l'a fait, par une urétérocystonéostomie, quand la section s'est faite tout contre la vessie, ou à peu de distance d'elle.

L'urétérocystonéostomie immédiate est la conduite de choix. C'est elle que nous avons tenue nous-même avec succès dans un cas dont l'observation a été présentée au Congrès de Chirurgie (p. 860, 1897) ; l'opérée a parfaitement guéri ; c'est celle qu'avait employée notre maître et collègue Pozzi dans un cas de blessure de l'uretère pendant l'ablation d'un kyste intraligamentaire en 1895, et d'autres dans bon nombre de cas qu'on trouvera relatés dans la thèse de Maubert (Des blessures de l'uretère dans les interventions par voie abdominale sur l'utérus et les annexes, *Thèse*, Paris, 1902).

Faite pour la première fois par notre collègue Bazy, pour remédier à des fistules urétérovaginales en 1893, l'urétérocystonéostomie a fait depuis ses preuves et donné dans presque tous les cas d'excellents résultats.

Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire. Le docteur Leguern a fait l'implantation de l'uretère dans la vessie au niveau même de la blessure vésicale, en y insinuant le bout central sur une longueur de 1 centimètre environ. Quand on ne trouve pas de plaie vésicale, que le bout vésical est lui-même introuvable, il faut faire une boutonnière à la vessie, en ne s'occupant nullement du petit moignon uretéral qui y attient et qui est imperméable à l'urine de bas en haut comme le montrent les injections poussées dans la vessie. Deux plans de suture sur l'uretère et la vessie, la mise d'une sonde à demeure constituent les temps essentiels de l'opération. Nous avions dans notre cas mis une sonde n° 14 dans l'uretère même ; mais c'est là une complication dont on peut se passer.

Comme nous l'avons dit plus haut, la blessure de l'uretère peut

passer inaperçue et ne se manifester que dans la suite par la production, si des accidents immédiats n'emportent pas l'opérée, d'une fistule urétérovaginale, si le vagin est resté ouvert et drainé. C'est, en général, dans les quelques jours qui suivent qu'un suintement urineux se manifeste par le vagin et nous montre la lésion qui se constitue peu à peu et se diagnostique en général facilement. L'injection de lait dans la vessie ne ressortant pas par le vagin nous fait voir qu'il ne s'agit pas d'une fistule vésicovaginale. Le cathétérisme urétéral sous cystoscopie, le cloisonnement de la vessie par les divers séparateurs usités nous démontre l'absence d'uretère perméable et l'absence de sécrétion du côté lésé; tout cela corroboré en général par l'ouverture dans les culs-de-sac vaginaux droit ou gauche de la fistule urinaire.

Permettez-moi, Messieurs, puisqu'il s'agit ici de blessures de l'uretère au cours d'hystérectomies, de vous communiquer à l'occasion une observation qui m'est personnelle et dont quelques particularités me paraissent dignes de vous être signalées et avant tout celle-ci : formation d'une fistule urétérovaginale deux mois après une hystérectomie totale.

Il s'agissait d'une dame de quarante-quatre ans porteur d'un fibrome ayant surtout envahi le segment inférieur de l'utérus, donnant lieu à des hémorragies profuses et à des accidents graves d'anémie. L'opération était absolument indiquée par ceux-ci et par des signes de compression des voies urinaires (urètre).

Elle fut pratiquée le 1er juillet 1898. Trouvant le cul-de-sac postérieur facilement accessible, j'employai le procédé de Doyen; mais décollant la vessie en avant j'ouvris cette dernière qui était intimement soudée à la tumeur, étalée au devant d'elle au niveau de la portion sus-vaginale du col envahi de façon à présenter une fusion intime. Un morceau de la vessie (paroi postérieure) gros comme une pièce de 5 francs resta adhérent à la tumeur qui fut rapidement enlevée. Je m'aperçus aussitôt de l'accident et constatai l'existence d'une brèche vésicale facile à suturer qui affleurait à droite à l'orifice urétéral sans l'entamer néanmoins. Je pratiquai la suture de la vessie en trois plans, sutures au catgut pour la muqueuse, sutures à la soie fine pour la musculeuse. Le péritoine fut réuni par-dessus. Le vagin suturé à ce dernier fut laissé ouvert et drainé, une sonde à demeure mise dans la vessie. Tout se passa à merveille. L'opérée n'eut aucun accident et sortit guérie de la Maison de Santé au bout de vingt-cinq jours. Elle urinait de 1.000 à 1.200 grammes d'urine en vingt-quatre heures.

Tout alla bien jusqu'au 16 août; à cette époque elle perd un peu de liquide par le vagin; on croit que c'est de l'urine, mais cela s'arrête pour ne reparaître définitivement que le 9 septembre. Je

retrouve mon opérée en rentrant de vacances et constate aisément l'existence d'une fistule urétérovaginale abouchée dans le cul-de-sac droit du vagin. J'avoue que je fus très péniblement surpris et contrarié.

D'autant plus que tout s'était passé normalement pendant près de deux mois. Quel pouvait être le mécanisme de sa formation?

A mon avis il s'agit d'une fistule consécutive à un petit foyer de suppuration autour d'un fil de soie; elle élimina en effet peu de temps après 2 et 3 fils de soie par le vagin.

Voyant que la fistule ne se fermait pas, je pensai à l'urétéro-cystonéostomie secondaire; mais celle-ci fut repoussée, la malade n'étant que peu incommodée, grâce au port d'un bon appareil, et moi-même j'étais un peu hésitant, voyant la quantité d'urine perdue diminuer comme si le rein correspondant s'atrophiait peu à peu.

J'en étais à espérer cette éventualité quand la malade fut prise d'accidents de pyonéphrose droite avec évacuation intermittente de pus par l'uretère. L'examen par le cathétérisme urétéral avec cystoscopie qu'avait pratiqué à droite notre collègue Albarran, la séparation des urines par le séparateur de Cathelin, l'épreuve du bleu de méthylène nous démontrèrent que la vessie était absolument indemne, que le rein gauche fonctionnait normalement. Je me décidai en octobre 1902 à enlever le rein et l'uretère sur une grande longueur. La malade guérit et est actuellement en parfait état.

Voilà encore une observation qui nous montre les dangers que présentent dans leur ablation les fibromes du segment inférieur.

Je n'ai jamais trouvé dans les cas que j'ai eus à opérer cette fusion de la tumeur avec la vessie dont je n'ai pu me rendre compte que lorsque j'avais déjà produit le dégât indiqué plus haut. Si j'eusse, comme je le fais toujours depuis dans ces cas, procédé d'après la méthode américaine j'aurais constaté la fusion et évité très probablement la blessure vésicale, cause immédiate de la complication tardive survenue chez mon opérée. Il est bien entendu que je considère la néphrectomie comme une opération de nécessité qui ne doit être de mise que dans un cas d'infection grave comme celui auquel j'ai eu affaire.

Je vous propose, Messieurs, de déposer l'observation du Dr Leguern dans nos archives, de lui adresser nos remerciements et de nous souvenir de son nom quand il figurera sur la liste de nos candidats au titre de correspondant national.

M. F. Legueu. — Je n'ai pas encore blessé l'uretère au cours de l'hystérectomie abdominale, mais à plusieurs reprises j'ai cru

l'avoir coupé. Deux fois j'ai vu à la coupe du ligament large un conduit canaliculé duquel s'échappait un liquide séreux; c'étaient des conduits embryonnaires dépendant du para-ovaire.

Une autre fois, au cours de l'ablation d'un kyste du ligament large, je trouvai un gros conduit qui fortement adhérent à la tumeur remontait vers la région lombaire. Je dus le sectionner, et dans son calibre la sonde cannelée remontait vers le rein. Je pensai donc que ce conduit n'était autre que l'uretère. Je l'abouchai à la partie supérieure de la plaie de l'abdomen; mais il ne s'écoula jamais d'urine. Ce conduit était une dépendance du canal de Wolf et le kyste que j'avais enlevé n'en était que le développement inférieur.

Il est donc bon de connaître cette disposition afin de ne pas croire toujours à l'uretère quand au cours de l'hystérectomie on aura sectionné un conduit canaliculé.

Présentations de malade.

Plaies de l'intestin grêle par coup de couteau.

M. Walther. — Je vous présente un malade qui a été opéré dans mon service par mon interne, M. Rollin, dans les conditions suivantes :

Le 1er novembre, à 1 heure du matin, il reçut dans l'abdomen, un peu à gauche, et au-dessous de l'ombilic, un coup de couteau de cuisine. Il fut conduit à la Pitié où l'interne de garde constata une plaie pénétrante avec issue d'une petite masse d'épiploon, et fit, après désinfection de la paroi, la ligature et la résection de l'épiploon hernié et mit un gros drain dans la plaie.

Le lendemain matin, la température était à 37 degrés, le pouls petit à 130. Défense très nette de la paroi, disparition de la matité hépatique, rétention d'urine, quelques vomissements alimentaires; pas de hoquet.

Sur mon conseil, mon interne, M. Rollin, fit la laparotomie médiane, douze heures environ après l'accident. Il trouva deux plaies de l'intestin grêle siégeant à 20 centimètres environ de l'angle duodéno-jéjunal; ces deux plaies, petites avec hernie de la muqueuse, étaient distantes de 7 à 8 millimètres, l'intestin avait été embroché par l'instrument tranchant sur une de ses faces. M. Rollin fit la suture de ces deux plaies, lia et réséqua de nouveau le pédicule épiploïque rouge et un peu saignant, sutura

une déchirure de l'épiploon et fit une toilette minutieuse de l'intestin recouvert de petits caillots sanguins et de filaments fibrineux. Il sutura la paroi en laissant un drain. Un autre drain fut placé dans l'angle inférieur de la plaie latérale, suturée elle aussi.

Les suites furent simples. Pendant les premiers jours, la température resta entre 37 et 38 degrés, le pouls bon, mais le malade resta dans un état de somnolence constante. Le 7 novembre, la température monta brusquement à 39°2, puis les jours suivants à 40°6 et 40°8, sans que rien dans l'état général ou local ait pu expliquer cette élévation. Elle fut peut-être due à un peu de sphacèle de la muqueuse. Le 11 novembre, elle retomba à 37°2 et la guérison se fit régulièrement sans nouvel incident.

Sinusite frontale suppurée. Vaste séquestre de la paroi sinusale et de la paroi cranienne. Pachyméningite externe.

M. Pierre Sebileau. — Voici deux larges séquestres que j'ai recueillis ce matin sur une malade atteinte de suppuration chronique du sinus frontal. Cette suppuration s'était fait jour dans la cavité orbitaire et s'était, en définitive, extériorisée par trois incisions pratiquées, par un médecin oculiste, en dessus et en dehors de l'arcade sus-orbitaire; ces incisions s'étaient fistulisées; elles donnaient lieu à un abondant écoulement de pus.

Des deux séquestres, l'un, le plus grand, était complètement mobilisé; il comprenait la paroi antérieure du sinus frontal et une portion de la paroi cranienne. Le voici. Il est irrégulier, creusé de petites cavités, comme usé par un travail naturel de taraudage et de burinage. Il ressemble considérablement aux séquestres de la syphilis, quoique l'observation de la malade ne nous ait rien appris sur ce point. L'autre séquestre tenait encore par un point au frontal. Il est mince; l'os qui le forme est simplement violacé, noirâtre par places, lisse; il représente une partie de la paroi supéro externe de l'orbite avec le rebord orbitaire.

Quand ces deux séquestres ont été enlevés, j'ai trouvé le sinus frontal rempli de fongosités et de pus. Dans son intérieur nageaient de petits fragments osseux formés par la paroi postérieure du sinus et la paroi supérieure de l'orbite complètement détruites par le travail d'ostéite nécrosante.

Si bien que, à la fin de l'opération, quand le champ fut totalement nettoyé, la dure-mère était à jour dans une étendue de

8 centimètres carrés environ; elle était recouverte de fongosités et de fausses membranes organisées. Le globe de l'œil était complètement à nu, recouvert de ses muscles et de sa capsule épaissie. Je reviendrai sur ces lésions ultérieurement, lorsque je prendrai la parole à l'occasion du rapport du professeur Berger sur le traitement des sinusites, lequel est moins mystérieux que ne semble l'indiquer le nombre de procédés qu'on lui applique. J'espère pouvoir, à ce moment, présenter la malade.

Présentations de pièce.

Œsophagotomie externe d'urgence pour l'extraction d'une pièce de prothèse dentaire enclavée dans l'œsophage immédiatement au-dessus de la fourchette sternale.

M. Toubert. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de Chirurgie une pièce de prothèse dentaire que j'ai extraite avant-hier par œsophagotomie externe sur une malade que M. Picqué a bien voulu me confier.

Ce dentier, à squelette métallique, mesure 45 millimètres de haut sur 20 de large. Il porte 5 dents, réparties en un groupe de 3 et un groupe de 2, et présente sept aspérités, dont deux, très aiguës, formant crochet, se trouvent dans un plan presque perpendiculaire à celui de l'armature métallique; c'est un dentier destiné à la mâchoire supérieure.

Voici l'observation de la malade :

Mme G..., âgée de quarante-deux ans, est en traitement à l'asile Sainte-Anne dans le service de M. Magnan, « pour dégénérescence mentale avec hallucinations, idées mélancoliques et de persécution, tendance au suicide par intervalles ». Elle raconte que, le 14 décembre au matin, elle aurait par mégarde avalé son dentier. Mais l'entourage de la malade se montre sceptique sur la réalité de cet accident qui ne se traduit par aucun trouble objectif. Cependant Mme G... est envoyée au pavillon de chirurgie de l'asile, dans le service de M. Picqué, où nous l'examinons. Cette malade est tout à fait calme, nullement angoissée, sans trouble respiratoire; elle déglutit facilement sa salive, accusant simplement une douleur qu'elle localise *autour de l'os hyoïde.*

La palpation attentive et minutieuse de la gouttière formée par le conduit laryngo-trachéal et par le muscle sterno-cléido-mastoïdien ne donne, ni à droite, ni à gauche, la sensation d'un corps dur inclus dans l'œsophage : il est vrai que le cou de la malade est assez court, le corps thyroïde assez gros et que les veines sont turgescentes.

Sans s'attarder à l'exploration par les voies naturelles, M. Picqué, mettant à profit l'installation radioscopique et radiographique du pavillon de chirurgie de l'asile, fait procéder à l'examen extemporané aux rayons de Röntgen par M. Dagonet. La radioscopie montre avec une netteté remarquable le dentier placé verticalement, sa convexité regardant à droite, son bord inférieur affleurant la fourchette sternale.

Intervention immédiate sous le chloroforme. Incision classique, allant de la fourchette sternale jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde, dans la gouttière carotidienne. Résection de la veine jugulaire externe, qui a presque le calibre d'un crayon, entre deux ligatures. Réclinaison en arrière du sterno-cléido-mastoïdien et de la veine jugulaire interne qui a un calibre supérieur à celui du petit doigt. Section du muscle sous-hyoïdien. Reconnaissance de la trachée et du corps thyroïde qui sont réclinés en avant. On perçoit par le toucher alors seulement l'extrémité supérieure du dentier. Incision de l'œsophage sur son bord gauche, repéré par la saillie du corps étranger, sur une hauteur de 2 centimètres. Le dentier saisi avec une pince ne sort pas : il est fixé dans la muqueuse par un crochet pointu qui forme hameçon par sa concavité dirigée en haut. Un débridement de la muqueuse le long de ce crochet permet la libération et l'extraction du dentier. Introduction d'une sonde dans le bout inférieur de l'œsophage, aux parois duquel elle est fixée par un crin. L'incision cutanée est réduite par un point de suture à chaque bout.

Suites opératoires normales. Apyrexie. Tout permet de croire que cette opération, faite aseptiquement, en tissus aseptiques et sur un œsophage sain, sera suivie de guérison rapide.

Cette observation est à ajouter à celles de MM. Routier, Labbé, Segond, Cahier concernant des dentiers arrêtés dans l'œsophage et rappelées à la séance du 22 avril 1903 à l'occasion d'un cas de M. Quénu concernant un corps étranger du même genre enclavé dans le pharynx au-dessus de l'orifice supérieur de l'œsophage.

La conclusion à tirer de ces faits est évidemment la *nécessité de l'extraction immédiate par œsophagotomie externe* sans tentative d'extraction par les voies naturelles, celle-ci étant dangereuse et le plus souvent inefficace, en raison même de la forme des dentiers métalliques qui sont des agents vulnérants à la fois contondants, tranchants et surtout piquants. Les constatations faites *de visu* pendant l'opération sur notre malade témoignent dans ce sens.

Mais cette extraction immédiate implique le *diagnostic immédiat* de la présence et, si possible, du siège et de la position du corps étranger. Or il est évident que le procédé de choix à cet égard est la radioscopie. Dans notre cas, qui était particulièrement délicat comme diagnostic, à cause de l'état mental de la malade et de l'absence de symptômes objectifs, l'emploi des rayons de Röntgen

a donné une réponse aussi précise que rapide. Aussi n'avons-nous pas jugé à propos de faire l'exploration interne de l'œsophage par le cathétérisme, et eussions-nous possédé l'instrumentation et eu l'habileté nécessaires pour pratiquer l'œsophagoscopie par le procédé de Killian, c'est encore à la radioscopie que nous eussions donné la préférence.

Cette conclusion est d'ailleurs celle formulée par M. Sebileau dans sa communication du 14 janvier 1903 sur l'œsophagotomie externe chez l'enfant pour l'extraction de pièces de monnaie. Elle est de nature à fournir un argument de plus aux chirurgiens qui pensent et proclament bien haut que l'instrumentation radioscopique ou radiographique est indispensable pour le diagnostic immédiat, dans nombre de cas chirurgicaux où l'opération d'urgence est commandée par ce diagnostic.

Ablation du rectum et du côlon pelvien avec hystérectomie totale pour un cancer du rectum avec propagation à l'utérus.

M. Ed. Schwartz. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de Chirurgie une pièce d'ablation du rectum et du côlon pelvien en partie par la voie abdomino-périnéale avec hystérectomie totale pour propagation d'un carcinome rectal à la face postérieure de l'utérus.

J'ai enlevé près de 40 centimètres d'intestin, plus l'utérus et les annexes. Avec l'aide de mon collègue et ami le Dr Riche, j'ai pu reconstituer un plancher pelvien à l'aide du péritoine antéutérin et des parties des ligaments larges et du mésocôlon recto-colique.

Je donnerai l'observation complète de ce fait qui date d'hier.

Calcul de l'uretère.

M. Bazy. — Les radiographies de calculs uriques du rein ou de l'uretère ne sont pas si fréquentes que je n'aie cru utile de vous présenter celles-ci (1) qui font honneur à l'habileté de mon élève le Dr Haret.

(1) J'ai fait faire deux radiographies, pour être bien sûr que l'ombre des dimensions d'un pois que je voyais à 1 centimètre au-dessus de la crête iliaque était bien celle d'un calcul et qu'il ne s'agissait pas d'une tache, comme je l'avais vu pour un jeune Russe à qui l'on voulait ouvrir le rein pour un soi-disant calcul du rein qui n'était qu'une tache dans le négatif. Du reste, on voulait lui faire une urétrotomie interne pour un rétrécissement filiforme, à travers lequel j'ai passé une bougie exploratrice n° 19.

Elles ont été faites sur un homme jeune, de Porto-Rico, âgé de trente ans, qui depuis plusieurs années souffrait du côté droit, mais depuis quelques mois en souffrait d'une façon insupportable.

Il était venu en Europe pour se faire traiter. Je l'ai vu avec mon ami le Dr Thiercelin.

Il souffrait dans le côté droit, au niveau du flanc et de la région lombaire, presque constamment. Il souffrait non seulement en marchant, mais presque toujours; quand il prenait une position, quelle qu'elle fût, assise, debout, couchée, après un certain temps, cette position lui devenait insupportable.

On comprend que dans ces conditions il ait désiré être débarrassé à tout prix.

Quand je l'ai examiné, j'ai vu un homme maigre, mais non amaigri, qui à l'examen ne nous offrait d'autre symptôme qu'une douleur à la pression, dans un point fixe, situé à un travers de doigt au-dessus de la crête iliaque dans la région lombaire, en dehors du bord externe de la masse sacro-lombaire; il n'a jamais eu d'hématurie, du moins appréciable.

Je l'ai opéré le 12 septembre dernier.

Et c'est ici que la radiographie m'a été très utile.

J'avais diagnostiqué un calcul du rein; or la radiographie m'a montré un calcul situé trop bas pour n'être pas un calcul de l'extrémité supérieure de l'uretère.

Quand j'ai été arrivé sur le rein, j'ai trouvé un rein d'apparence sain, mais toutefois avec une capsule épaissie et s'épaississant d'autant plus que l'on s'approchait du bassinet et de l'extrémité inférieure de l'uretère; — j'incise le rein — et je ne trouve rien dans le bassinet.

Mettant mes doigts vers la partie supérieure de l'uretère, je sentis au niveau de l'extrémité supérieure de l'uretère, au milieu de nodosités inflammatoires, une induration qui ne pouvait être que le calcul.

J'avoue que, si je n'avais eu une radiographie et même les deux radiographies à ma disposition, j'aurais pensé à une erreur de diagnostic; mais fort de ces deux radiographies, je continuai. J'essayai de faire remonter le calcul dans le bassinet, mais cela me fut impossible, quelqu'insistance que j'y misse. Le calcul était comme enchâtonné entre deux replis de l'uretère.

Alors à travers le bassinet, j'incisai un de ces replis et je pus amener le calcul fragmenté en deux parties.

C'est un calcul d'acide urique, d'après une analyse faite par mon interne en pharmacie, M. Lemarquand.

Le malade a guéri et est reparti dans son pays, après avoir passé par des accidents graves que nous avons cru devoir attri-

buer à l'entérocoque que M. Thiercelin a trouvé à l'état de pureté dans l'urine.

Celle-ci, du reste, avant l'opération était légèrement louches, ce qui nous a expliqué la périnéphrite et la péripyélite scléreuse que j'ai constatées pendant l'opération et peut-être aussi les accidents qu'il éprouvait depuis plusieurs années et qui l'obligeaient, nous disait-il, à changer fréquemment de résidence, tantôt à séjourner au bord de la mer, tantôt à revenir dans l'intérieur des terres.

Prostatectomie hypogastrique.

M. F. Legueu. — Je vous présente une prostate, représentée par ses trois lobes : je l'ai enlevée par la voie hypogastrique suivant la méthode de Freyer sur un malade de soixante-cinq ans, qui avait un calcul très dur. Le lobe médian faisait dans la vessie une saillie importante.

J'ai pu, à l'aide d'une incision rétrocervicale transversale, énucléer, successivement ces deux lobes, qui dans l'ensemble pesaient 40 grammes. Le décollement s'est fait très aisément, et vous pouvez voir combien est lisse et unie la surface de ces deux lobes ; cette netteté de la surface me permet de penser que le décollement de l'urètre s'est partout très bien effectué.

Le malade opéré depuis huit jours va aussi bien que possible ; il est actuellement hors de danger.

Il s'agissait cependant d'un homme très gros et d'une prostate très petite, ce qui constitue une double circonstance défavorable. Malgré cela l'opération s'est effectuée très vite et très simplement.

Lipome de la langue.

M. E. Potherat. — Je vous présente une pièce qu'il n'est pas fréquent d'observer, au moins dans l'organe où elle siégeait. Il s'agit vous le voyez d'un lipome lobulé, bien encapsulé, assez ferme, en somme d'un fibro-lipome.

Or, ce fibro-lipome je l'ai enlevé il y a trois jours dans la langue d'un homme de quarante-quatre ans, absolument bien portant par ailleurs. Cet homme avait remarqué la présence d'une grosseur, il y a fort longtemps, quinze ans au moins, grosseur d'abord insignifiante, puis de plus en plus volumineuse jusqu'au point

où vous le voyez, c'est-à-dire jusqu'à atteindre le volume et la forme elleptique d'un œuf de poule.

Cette tumeur siégeait dans l'épaisseur du bord gauche de la langue, depuis la pointe, encore distincte, jusqu'au niveau de l'angle des portions ascendante et descendante. Son grand axe suivait exactement le bord de la langue; cependant la tumeur, *absolument et largement sessile*, faisait une saillie un peu plus sur la face dorsale que sur la face palmaire. La masse est recouverte d'une muqueuse amincie, lisse, parcourue de veinosités rares; à travers cette muqueuse la tumeur se présente avec une coloration un peu jaunâtre et une forme légèrement lobulée. A la palpation elle est moelleuse, faussement fluctuante, de consistante homogène, non douloureuse.

La tumeur se déplaçait exactement avec la langue; en ouvrant la bouche l'homme projetait le tout au dehors, où le rentrait, suivant les mouvements qu'il imprimait à la langue. Au point de vue fonctionnel pas de douleurs, mais une gêne sérieuse pour la phonation et surtout pour les fonctions de mastication et de déglutition.

En pratiquant l'énucléation, j'ai constaté que le lipome était dans le tissu cellulaire sous-muqueux, au contact des muscles latéraux de la langue, et il n'était pas interposé entre les fibres musculaires. L'énucléation achevée, j'ai fait une suture exacte de l'incision par laquelle j'avais extirpé la tumeur; je n'ai eu d'ailleurs aucun incident et c'est pour la rareté des lipomes de la langue que je vous ai présenté cette pièce, également exceptionnelle par sa présence dans cet organe et par son volume supérieur à la plupart des cas jusqu'ici observés.

Fibro-adénome de la voûte palatine.

M. E. Potherat. — Je vous présente une autre tumeur du volume d'une grosse mandarine, ou plutôt d'une orange aplatie, dont l'aspect multibulé, grenulé, rappelle absolument celui d'une parotide normale, et dont la structure est celle d'un fibro-adénome. Cette tumeur je l'ai enlevée il y a huit jours du palais d'une femme, sur lequel elle s'était implantée par une large base.

Son point de départ était à gauche du raphé médian, entre ce raphé et le rebord alvéolo-dentaire. Son point d'insertion était exclusivement palatin et nullement staphylin ni même palato-staphylin. Il n'était guère plus large qu'une pièce de deux francs

environ; ce qui n'empêchait pas la tumeur de s'étaler sur presque la totalité de la voûte palatine.

Cette tumeur a eu une très longue évolution : elle a débuté il y a plus de dix ans; elle n'a jamais déterminé de douleurs; mais par son volume elle était une cause de grande gêne pour la phonation et surtout pour les fonctions buccales. L'opération a consisté, la malade étant endormie et placé dans la position de Rose, à inciser la muqueuse palatine et à énucléer facilement et rapidement la masse totale. Cette énucléation laissait à découvert une petite surface osseuse palatine que je ne pus recouvrir immédiatement, mais qui se referme secondairement et avec presque autant de rapidité qu'on l'observe chez les jeunes sujets à qui l'on pratique les larges incisions de la palatoplastie.

Le point intéressant de ce cas, c'est le volume exceptionnel de ce fibro-adénome palatin, et l'âge de la malade qui est une femme de cinquante-cinq ans.

J'ai opéré, il y a maintenant quatre semaines un cas analogue; mais la tumeur était plus petite, du volume d'une grosse noix; elle siégeait au niveau de la portion osseuse du palais, à droite du raphé médian, près de l'insertion du voile du palais, mais sans intéresser le voile. Ici la tumeur fut aussi facilement énucléée; elle avait le même aspect que nous présente celle-ci, mais comme la tumeur était plus petite, j'ai pu ramener, par dessus le foyer d'énucléation, les lambeaux de la fibro-muqueuse décollée de la tumeur, les suturer et recouvrir complètement le palais. Dans ce cas il s'agissait d'une femme de vingt ans plus jeune que la précédente.

Présentation de radiographie.

Fracture dite spontanée. Complément d'une communication de M. François Hue (de Rouen.)

M Lucas-Championnière. — J'ai l'honneur de présenter au nom de notre collègue M. François Hue une radiographie du sujet dont il avait parlé ici dans notre dernière séance (8 décembre).

Il avait présenté une radiographie d'un sujet atteint de fracture sous-trochantérienne faite par effort musculaire mais bien et rapidement solidifiée.

Notre collègue Michaux, en voyant le cal si volumineux, avait émis cette hypothèse qu'il pourrait s'agir d'une tumeur ayant permis la fracture, puis la consolidation.

M. Hue ayant retrouvé le sujet et l'ayant radiographié à nouveau, dix-huit mois plus tard, nous envoie cette radiographie. Son examen montre à n'en pas douter que dans ces dix-huit mois le cal a beaucoup diminué de volume, ce qui est incompatible avec l'idée d'une tumeur.

Du reste le sujet est parfaitement solide et continue à porter les lourdes charges qu'il transportait avant la survenue de sa fracture.

Élections.

NOMINATION DE LA COMMISSION CHARGÉE D'EXAMINER LES TRAVAUX DES CANDIDATS AU TITRE DE CORRESPONDANT NATIONAL.

Nombre de votants : 33. — Majorité : 17.

M. Le Dentu	obtient :	27	voix.
M. Peyrot	—	28	—
M. Félizet	—	29	—
M. Bazy	—	3	—
M. Routier	—	3	—

En conséquence, MM. Le Dentu, Peyrot et Félizet sont nommés membres de la Commission.

NOMINATION DE LA COMMISSION CHARGÉE D'EXAMINER LES TITRES DES CANDIDATS AUX PLACES VACANTES DE CORRESPONDANTS ET D'ASSOCIÉS ÉTRANGERS.

Nombre de votants : 33. — Majorité : 17.

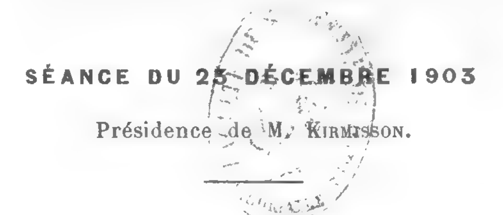
M. Pozzi.	obtient :	24	voix.
M. Rochard	—	27	—
M. Faure	—	24	—
M. Bazy.	—	3	—
M. Demoulin	—	3	—

En conséquence, MM. Pozzi, Rochard et Faure sont nommés membres de la Commission.

Le Secrétaire annuel,

TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.



SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1903

Présidence de M. KIRMISSON.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° — Les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

2° Un travail de M. DE ROUVILLE (de Montpellier) intitulé : *Neuralgie du nerf maxillaire supérieur droit datant de trois ans. Résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion sphéno-palatin par la voie temporale. Guérison constatée cinq ans et cinq mois après l'intervention.*

Le travail de M. de Rouville est renvoyé à une commission dont M. ROCHARD est nommé rapporteur.

3° Deux observations de gastro-entérostomie par M. TISSOT (de Chambéry).

Le travail de M. Tissot est renvoyé à une commission dont M. ROCHARD est nommé rapporteur.

Discussion.

Sur les appareils de fracture du fémur.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Dans la discussion qui a cours on a abordé bien des points, jusqu'à l'étude des appareils de marche considérés dans leur application aux fractures de jambe comme aux fractures de cuisse.

Ce sont deux questions tellement différentes que je ne veux point m'arrêter à ce qui concerne les fractures de jambe. Si la discussion venait sur ce sujet, j'aurais à faire connaître les faits qui me font penser qu'on a beaucoup exagéré la valeur de ces appareils.

Mais il ne s'est agi ici que des fractures du fémur, et là, la valeur des appareils de marche est encore plus contestable.

Tout d'abord je m'associe absolument à ce que M. Berger vous a dit de l'appareil Hennequin d'une manière générale.

Il nous a apporté une telle transformation dans la thérapeutique des fractures du fémur que si on ne saurait dire qu'il n'y a pas de progrès à faire, au moins on est en droit d'affirmer qu'il ne faut pas abandonner ou critiquer à la légère un appareil qui donne des résultats aussi parfaits.

Il faut bien se garder de placer l'appareil d'Hennequin à côté d'appareils qui pour avoir rendu de réels services n'en sont pas moins très inférieurs à tous égards.

Tel est le cas de l'appareil de M. Tillaux. Je ne veux pas entrer dans la discussion des questions de priorité. M. Tillaux s'est attaché depuis longtemps à montrer l'utilisation de cet appareil qui a rendu des services incontestables, et qui constituait déjà une simplification intéressante des appareils auxquels il avait emprunté la plupart de ses éléments.

Il y a bien des années, dans le service de Broca, quand j'étais son interne en 1868, j'ai appliqué l'attelle bordelaise à laquelle il tenait beaucoup. C'était un bon appareil. Mais il avait une grande irrégularité d'action, des points d'appui très difficiles à supporter. L'action des bandelettes de diachylum sur la peau était très irritante. L'appareil de Tillaux, qui a gardé une partie de ces moyens, a conservé, en particulier, cette traction autour des malléoles qui donne si facilement des accidents.

Ce qui m'a depuis longtemps et particulièrement séduit dans l'appareil d'Hennequin, c'est la facilité des mouvements de toutes les articulations.

J'ajoute que l'existence constante des mouvements entre les extrémités osseuses m'a toujours paru une condition favorable à la formation du cal qui dans cet appareil, plus que dans tout autre, se développe rapidement, de ce fait.

C'est l'appareil qui me paraît donner la réduction la plus parfaite; et si je ne suis pas aussi assuré que M. Hennequin qu'il donne une réduction absolue, je pense qu'il donne toute celle que l'on a le droit d'attendre satisfaisante.

Lorsque l'appareil est retiré il ne laisse que le minimum de raideur et d'atrophie musculaire.

Toutefois je constate que son emploi est très difficile dans les fractures immédiatement sus-condyliennes.

Je constate surtout qu'il est absolument inutile pour les fractures du col.

Là, depuis bien longtemps, je ne place aucun appareil et je fais mettre rapidement le sujet sur ses jambes. Je crois qu'il faut se garder de toute traction intempestive nuisible à l'engrènement des fragments qui est la sauvegarde des os altérés des sujets de cette fracture. J'ai de cette pratique des résultats aussi satisfaisants que possible.

En ce qui concerne l'appareil même de M. Delbet, il est difficile de le critiquer quand on n'en a pas une expérience personnelle; aussi est-ce plutôt un procès de tendance que je lui ai fait.

Il nous montre qu'avec de l'ingéniosité, de l'habileté, en un cas favorable on a pu faire marcher un peu un sujet atteint de fracture du fémur. Le fait est intéressant à coup sûr.

Est-il susceptible de généralisation? C'est ce qu'il faudrait démontrer avec des faits nombreux.

A coup sûr l'appareil est infiniment compliqué; s'il permet au sujet de se déplacer, il immobilise le membre bien davantage que l'appareil d'Hennequin.

Je doute qu'il donne pour les articulations et les muscles du membre un résultat aussi parfait.

M. Delbet nous a parlé d'enfants ainsi traités.

Je crois qu'il faudrait laisser la chirurgie des enfants de coté.

Elle donne en matière de réparation de fractures des surprises dont il ne faudrait pas trop faire des arguments.

Aussi, sans nier tout l'intérêt qui s'attache à la présentation de M. Delbet, je reste convaincu qu'elle n'a pas encore pu entamer nos opinions sur la faveur à accorder à l'appareil de Hennequin qui nous a donné tant de preuves parfaites de son efficacité tout en restant un appareil d'une extrême simplicité.

M. Quénu. — Je ne prends la parole que pour dire que je ne partage pas la manière de voir de mon maître M. Lucas-Championnière sur l'inutilité des appareils en général et sur le mauvais emploi en particulier de l'appareil Hennequin dans les fixations du col du fémur. Il est bien entendu que nous ne cherchons pas l'illusoire consolidation pour des fractures, mais nous nous efforçons de traiter l'articulation de la hanche qui subit soit primitivement soit secondairement les effets du traumatisme, tout en prenant souci de l'état général du malade, de son attitude, etc. Or à notre avis le meilleur moyen de traiter une hanche malade, de modérer ou de supprimer la contracture, de s'opposer à l'ascen-

sion secondaire du fémur qui est de règle dans les fractures intracapsulaires, ce moyen, c'est l'extension continue.

L'appareil de Hennequin nous permet d'obtenir cette extension dans l'attitude assise et j'ai toujours été frappé du soulagement qu'éprouvaient les malades dès que l'appareil était institué.

J'associe au besoin l'application de l'appareil Hennequin à l'emploi du lit Dupont.

Au bout de quinze à vingt jours, la réaction articulaire est moins à craindre, les lésions de contusion ont presque disparu. Je supprime l'appareil et fais lever les malades. J'ai traité des vieillards de quatre-vingts et quatre-vingt-quatre ans et je n'ai jamais eu d'ennuis. Au bout de deux mois, les malades marchaient avec facilité sans même boiter.

M. Routier. — Je ne veux pas faire la critique de l'appareil de Hennequin puisque c'est lui que j'emploie, je veux seulement dire que M. Berger avait peut-être exagéré les avantages de cet appareil.

Les articulations ne sont pas aussi souples qu'on veut bien le dire; j'ai vu des raideurs du genou durer fort longtemps. M. Hennequin se rappellera un malade à qui j'ai dû suturer le fémur après résection d'un cal vicieux. M. Hennequin appliqua lui-même l'appareil; il fallut dix-huit mois pour mettre le malade à même de marcher avec des béquilles; je dus le renvoyer pour cause disciplinaire et je l'ai revu il y a quelques jours marchant avec un genou raide, ankylosé et un cal encore un peu vicieux.

La réduction anatomique ne s'obtient pas plus avec cet appareil qu'avec tout autre; la réduction physiologique est suffisante, c'est tout ce qu'on peut dire.

Quant à la solidité, c'est le malade qui la fait plus encore que l'appareil; nous savons tous que certains malades mettent un temps indéfini à consolider; j'en appelle encore au souvenir de M. Hennequin qui m'a aidé à soigner un malade que j'ai gardé plus d'un an, que nous avons gorgé de phosphate de chaux et de sirop de sucre sans succès.

Quant au col du fémur, je n'applique jamais d'appareil, je fais marcher mes malades du second au septième jour en les avertissant qu'ils boiteront.

J'admets que dans le cas de vive douleur l'extension soulage.

M. Michaux. — Je ne partage l'avis qui vient d'être exprimé par notre collègue et ami Routier, ni sur la question des fractures du corps ni sur la question des fractures du col.

Il y a près de quinze ans que M. Hennequin applique ces appa-

reils dans mon service. Je l'ai appliqué moi-même tant en ville qu'à l'hôpital, et je n'ai jamais observé les ankyloses dont parle M. Routier.

J'ai toujours été frappé au moment où on enlève la compression ouatée, de l'état d'intégrité des jointures, aussi bien de celle du genou que de celle du cou-de-pied. L'articulation ne présente aucun gonflement, aucune trace d'hydarthrose. Les mouvements sont possibles, non douloureux. La correction est parfaite.

Pour ce qui est des fractures du col du fémur, je suis absolument de l'avis de mon collègue Quénu. J'ai toujours été frappé des résultats merveilleux obtenus dans ces fractures; des malades qui souffraient cruellement et ne pouvaient faire aucun mouvement, aussitôt l'extension appliquée peuvent s'asseoir dans leur lit, leur fracture se consolide très régulièrement; je n'ai pas souvenir d'avoir vu une seule fois les accidents pulmonaires si fréquents à cet âge. J'ai eu l'occasion de traiter chez une dame âgée de quatre-vingt-deux à quatre-vingt-quatre ans, une fracture du col du fémur qui avait été traitée antérieurement par un de nos collègues qui la faisait marcher. La malade souffrait cruellement elle ne pouvait se mobiliser sans crier; à partir du moment où elle a été mise dans l'appareil d'Hennequin, elle a cessé de souffrir s'est assise dans son lit. Elle s'est levée au bout de quarante-cinq à cinquante jours, sans aucune ankylose de ses jointures, et s'est mise à marcher très rapidement sans raccourcissement.

Je répète que l'appareil de M. Hennequin ne m'a jamais donné que des satisfactions complètes et absolues, et que je n'ai jamais observé le moindre incident.

M. Broca. — Je crois que l'appareil de Hennequin est, dans l'état actuel de nos connaissances, ce que nous avons de mieux pour les fractures du col du fémur. Quant à affirmer que, grâce à lui, on n'aura jamais aucune défectuosité, je crois que c'est exagéré, et il y aura toujours quelques mauvais cas.

Pour les fractures du col du fémur chez les vieillards, je partage l'avis de Quénu et de Michaux.

M. Bazy. — Si je prends la parole, ce n'est pas seulement pour vanter l'excellence de l'appareil de M. Hennequin, que j'applique couramment et que M. Hennequin a l'obligeance de venir appliquer dans mon service.

C'est pour parler de ses bons résultats dans la fracture du col du fémur; ici je ne pourrais que reproduire l'argumentation de M. Quénu. Mais je tiens à insister sur ce point que cet appareil sert à faire le diagnostic, quelquefois très difficile, entre la contu-

sion de la hanche et la fracture du col de fémur. Or, dans les cas de contusion simple, après quatre ou cinq jours, la question est jugée; toute douleur a disparu et on peut, sans arrière-pensée, laisser marcher les malades, ce qu'ils peuvent faire sans difficulté.

M. Paul Reclus. — J'ai été fort étonné en lisant dans nos Bulletins — car je n'assistais pas au commencement de la séance — le tableau que notre collègue M. Hennequin a tracé de mes malades porteurs d'un appareil de marche, « de ces malades amenés en voiture, flanqués d'une paire de béquilles dont ils se servaient pour monter et descendre les escaliers, mais qu'ils laissaient dans l'antichambre pour venir faire quelques pas plus ou moins assurés dans la salle des séances ». Messieurs, j'ose dire que M. Hennequin a mal vu.

Certainement mes malades sont venus en voiture de l'hôpital Laënnec à l'hôtel de la rue de l'Abbaye. D'abord la distance est fort longue; j'aurais trouvé peu humain et peu décent de les faire marcher dans les rues où leur appareil aurait attroupé les passants, et puis la course ne serait pas sans danger au milieu de la foule, des passants, des voitures, des camions et des automobiles. Il y a une mesure à toutes choses et je n'ai jamais prétendu que mes fracturés, porteurs d'un appareil de marche, puissent prendre part avec succès à la course des coltineurs.

Donc mes malades sont venus en voiture. Mais là prend fin l'exactitude du tableau. Mes malades ne se servent pas de béquilles; peut-être le premier jour ont-ils deux cannes et une par la suite, mais nombre de personnes non fracturées se servent agréablement d'une canne. N'y a-t-il pas même une école pour dire qu'il est bien vu d'entrer dans un salon avec?

Mes malades montent et descendent facilement les escaliers. Ils peuvent même courir et, au début de mes essais, un jour que cinq malades porteur d'un appareil de marche étaient réunis dans mon service, ils profitèrent de l'absence de la surveillante pour organiser une course de vitesse, et le premier arrivé au but se dressa sur son appareil avec l'attitude du Génie de la Bastille. Certes, je ne crois pas que de pareils exercices soient sans danger, et j'ai vivement réprouvé le match dont je vous parle, mais il vous prouve, du moins, que mes malades ne sont pas « flanqués » chacun d'une paire de béquilles.

Aussi je préconise plus que jamais cet appareil de marche pour les fractures de jambes et je me propose de vous amener de nouveaux malades pour rafraîchir les idées de M. Hennequin et vous montrer les excellents services que l'appareil peut rendre; je me rappelle un chef d'usine qui, dès le 5e jour de sa fracture, pouvait

parcourir ses ateliers. Et un de nos confrères, bien connu de nous tous, s'étant fracturé la jambe sur la côte d'Azur, me pria de lui envoyer un de mes internes, M. Abel Desjardin qui lui mit un appareil de marche; et M. Onimus m'a répété fort souvent les signalés services que cet appareil lui avait rendus.

Et il y a autre chose dans cet appareil que la possibilité de vaquer encore à leurs occupations habituelles. La guérison est beaucoup plus rapide. Le mouvement, la marche entretiennent la vitalité des muscles, la mobilité des tendons, et lorsque le malade sort de son appareil, ce n'est pas un impotent qu'il faut soigner et masser, c'est un individu qui peut immédiatement se livrer à la marche. Je n'ai pas besoin d'insister sur ce fait : les travaux de notre collègue M. Championnière et la communication remarquable faite il y a quinze jours à l'Académie de médecine par le professeur Cornil me dispensent de montrer comment de pareils mouvements activent la formation du cal.

M. Hennequin. — J'ai vu arriver en voiture des malades de M. Reclus à la Société de Chirurgie, et les deux seuls que j'ai pu examiner montaient l'escalier avec des béquilles.

M. Reclus. — Je ne puis me rappeler si, sur les huit malades que j'ai présentés à la Société, deux par hasard avaient, en dehors de toute habitude et de toute règle, les béquilles invoquées par M. Hennequin, mais ce que je puis affirmer c'est que mes fracturés ordinaires se servent tout au plus d'une canne, ainsi que M. Hennequin s'en serait assuré dans mon service s'il eût voulu — avant de critiquer mon appareil — en connaître l'exacte valeur.

Communication.

Occlusion aiguë par diverticulite chronique. Entérostomie à droite. Cure de l'anus artificiel par l'abouchement dans le cæcum,

par M. Victor PAUCHET (d'Amiens),
(membre correspondant de la Société de chirurgie).

Il s'agit d'une jeune fille sur laquelle j'ai pratiqué cinq opérations en sept mois. Cette série d'interventions était-elle nécessaire? La première seule pouvait-elle éviter les autres? C'est ce qu'on pourrait se demander.

Dans le passé de cette enfant, on relève à plusieurs reprises et depuis l'âge de six ans des troubles abdominaux qualifiés d'indigestions. Chaque crise durait quelques jours, s'accompagnait de

continuelles constipations, d'état saburral des voies digestives, et disparaissait sans laisser de traces. Ces troubles digestifs auraient pu déceler une attaque légère d'appendicite, si le siège de la douleur n'avait été une ou deux fois localisé à la région ombilicale.

Au mois de février dernier, cette jeune fille est prise brusquement d'une douleur vive siégeant à gauche de l'ombilic. Quelques heures après apparaissent des coliques violentes, puis des vomissements alimentaires et bilieux. Le Dr Duchaussoy (de Beauquesne) pose le diagnostic d'occlusion aiguë, et administre des lavements gazeux et huileux pendant quarante-huit heures. Une légère émission de matières fit espérer la guérison pendant une demi-journée, mais cette expulsion de liquides intestinaux ne continua pas. Je vois la malade trois jours après le début des accidents. Celle-ci présente les symptômes d'une intoxication abdominale grave. Facies grippé, yeux cernés, ventre ballonné à la surface duquel les anses se dessinent au moment des coliques; pouls filiforme, vomissements fécaloïdes. Etant donné l'acuité des accidents, la forme régulière et globuleuse du ventre sans étalement des flancs, je diagnostique un étranglement siégeant sur l'intestin; grêle; la laparotomie est décidée.

Première opération. — La malade est couchée sur une table, la tête dans la position de Rose, pour éviter l'obstruction des voies respiratoires en cas de vomissements fécaloïdes.

Grâce à une incision allant de l'épigastre jusqu'au milieu de la ligne ombilico-pubienne, l'intestin grêle est éviscéré en masse et reçu dans des serviettes. Le cæcum est vide, l'obstacle est immédiatement trouvé : A 25 ou 30 centimètres du cæcum, l'intestin grêle montre un diverticule large comme un index et long de 4 ou 5 centimètres. C'est un court diverticule de Meckel. Ce dernier n'est pas librement flottant, mais fixé sur toute sa longueur à la face gauche du mésentère, jusqu'au voisinage de la colonne vertébrale, à quelques centimètres au-dessous de l'insertion du mésocôlon transverse. Le feuillet gauche du mésentère auquel ce diverticule est adhérent est épaissi, rétracté, d'aspect fibreux comme une séreuse chroniquement enflammée. La partie de l'iléon sur laquelle s'insère le diverticule est attirée vers la gauche et coudée.

Le segment intestinal ainsi déplacé n'est nullement altéré, et ma première pensée est d'anastomoser l'anse afférente dilatée avec l'anse efférente aplatie. Malheureusement, la manipulation de l'anse dilatée montre que celle-ci, d'apparence œdémateuse, est friable, et je ne crois pas possible qu'une bonne suture puisse être exécutée. Je n'avais pas de bouton de Murphy sous la main,

sinon, j'en aurais tenté l'application. Je crus donc que le meilleur parti était de libérer l'anse coudée en disséquant le diverticule adhérent.

Je sectionnai dans le feuillet mésentérique gauche d'une part, le long de l'iléus coudé, et d'autre part en suivant les couloirs du diverticule. Cette incision fut menée avec beaucoup de précaution, afin de ne pas léser les vaisseaux mésentériques sous-jacents. Je libérai ainsi le diverticule, et l'anse coudée se laissa redresser. Le décollement une fois terminé, le mésentère avait repris sa longueur normale, sans qu'aucun vaisseau ne fût tiraillé, mais en présentant une surface cruentée, irrégulière, large de 3 travers de doigt environ. Le diverticule fut réséqué, sa muqueuse invaginée. La surface mésentérique cruentée fut tapissée d'une lame épiploïque fixée par quelques sutures.

Avant de réintégrer le paquet intestinal dans le ventre, j'incisai l'iléus immédiatement au-dessus de l'ancienne coudure, pour évacuer la plus grande partie de son contenu.

Je recueillis ainsi un litre environ d'un liquide roussâtre, sanguinolent, fétide. La plaie intestinale fut suturée; les anses voisines irriguées à l'eau chaude ; le paquet intestinal aplati à la suite de l'évacuation reprit facilement sa place. L'ouverture du ventre fut fermée sans drainage et en un seul plan, par quelques points séparés. Tout alla bien pendant deux jours; des matières et des gaz furent expulsés par l'anus et tous les accidents cessèrent, puis brusquement l'étranglement se reproduisit.

Deuxième opération. — Je retrouvais la malade quatre jours après, très déprimée et incapable de supporter autre chose qu'une entérostomie. Je fis donc un anus artificiel à droite en choisissant pour être ouverte l'anse sur laquelle j'avais fait une incision de décharge lors de la première intervention. Les accidents cessèrent de nouveau.

Deux mois plus tard, je revis la malade qui se trouvait dans l'état suivant : fonction digestive normale, selles régulières et moulées s'exécutant tous les jours par les voies naturelles. Comme l'anus artificiel ne laissait échapper qu'une faible partie du résidu intestinal et comme les lavements ressortaient par la fistule sans grande pression, j'en conclus que la perméabilité de l'intestin était parfaite et que je pouvais sans inconvénients fermer la fistule.

Troisième opération. — Je pratiquais une entérorraphie latérale. L'abdomen fut ouvert par une incision losangique circonscrivant l'anus contre nature, l'anse grêle fut libérée, amenée au dehors; l'orifice fut fermé par une double ligne de sutures menée transversalement, et l'abdomen fut réuni par quatre crins de Florence en un seul plan.

Pendant quinze jours, la malade fut considérée comme guérie. Les fonctions du gros intestin s'exécutaient régulièrement. La malade eut l'autorisation de se lever, et, sans cause apparente, l'occlusion se produisit.

Quatrième opération. — Je pensais que les accidents pouvaient être provoqués par la lame épiploïque qui avait servi au cours de la première intervention à tapisser la surface cruentée du mésentère. Je commençai donc par une laparotomie médiane. Je cherchai la lame épiploïque accusée et la réséquai entre deux ligatures. Comme là ne siégeait pas la cause des accidents, je me mis à décoller les anses agglutinées et à rechercher l'obstacle. Je ne réussis qu'à provoquer un abondant suintement sanguin et des éraillures de la séreuse. Je dus me résoudre à refaire un anus artificiel au même point où je l'avais fermé quinze jours plus tôt.

Cinquième opération. — Trois mois s'écoulèrent, sans que je revisse mon opérée. Je la retrouvais alors en très bon état ; les fonctions du gros intestin s'opéraient naturellement, et la fistule intestinale ne donnait qu'un léger écoulement fécal. L'enfant demandant à être débarrassée de son infirmité, je me décidai à pratiquer enfin une opération dont le double résultat devait être la suppression de la fistule et la prévention des occlusions ultérieures.

J'aurais pu rechercher l'obstacle, mais, comme ce dernier n'était pas constitué par un néoplasme, et comme d'autre part mes recherches eussent entraîné quelques risques opératoires, je trouvai plus simple d'aboucher l'anus artificiel dans le cœcum, organe siégeant dans son voisinage immédiat.

Pour faire cet abouchement, je menai sur la peau une petite incision ovalaire circonscrivant la fistule et comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale.

J'agrandis cette ouverture par un débridement à chaque extrémité. L'abdomen ouvert étroitement, j'amenai au dehors l'anse grêle et sa collerette cutanée; j'excisai cette dernière. J'attirai ensuite le cæcum au dehors; je réséquai l'appendice et fixai l'origine du gros intestin à l'iléon fistulisé par une suture longue de 10 centimètres. Le surjet séro-séreux terminé, j'agrandis la fistule par deux coups de ciseau, de façon à la convertir en un orifice de 5 à 6 centimètres.

J'incisai de même le cæcum, et réunis par une suture en masse les deux orifices. Je terminai l'accolement iléo-cæcal, comme toute entéro-anastomose, par un dernier plan séroséreux. L'opération avait été courte; les manœuvres exécutées hors du ventre. Je lavai les téguments intestinaux, à l'aide d'eau salée. Je les réintégrai dans le ventre et fermai complètement l'ouverture par

trois points de suture au crin. Les suites opératoires furent des plus simples. La malade se leva quinze jours après l'opération. Les fonctions digestives s'effectuent maintenant normalement comme il était facile de le prévoir.

Remarques. — Dans cette observation, trois faits sont à relever :

1° L'aspect spécial des lésions ayant causé la première occlusion, lésions que j'ai cru produites par des inflammations successives d'un petit diverticule de Meckel.

2° La multiplicité des interventions, dont la dernière aurait pu théoriquement être appliquée lors de la première laparotomie.

3° Le mode de guérison opératoire obtenu à très peu de frais par l'abouchement de la fistule dans le cæcum.

1° S'agissait-il vraiment d'une diverticulite chronique? C'est la troisième fois que je voyais un diverticule de Meckel sur le vivant. J'observai le premier chez un malade opéré par M. Valther dans le service de Léon Labbé à Beaujon. J'ai rencontré le second chez une femme que j'opérai d'une hernie étranglée, il y a quatre ans. Il s'agissait chez cette dernière malade d'un diverticule aussi court que celui de l'enfant qui fait le sujet de cette communication. D'ailleurs, je ne crois pas qu'une sorte d'appendice siégeant sur l'iléon à 25 ou 30 centimètres du cæcum, et présentant histologiquement la même structure que l'intestin, puisse être autre chose qu'un diverticule de Meckel.

On pourrait mettre en doute le diagnostic de diverticulite chronique considérée comme cause des accidents.

J'ai mis sur le compte d'inflammations répétées l'adhérence du diverticule du mésentère et l'aspect rétracté et cicatriciel du feuillet gauche de ce dernier. J'ai considéré ces lésions comme le résultat des crises abdominales observées à plusieurs reprises chez l'enfant. Ne faudrait-il pas plutôt considérer les lésions comme congénitales et attribuer à des ébauches passagères d'occlusion les troubles abdominaux auxquels je fais allusions? Quoi qu'il en soit, l'occlusion a été due à une coudure de l'intestin au niveau d'un diverticule de Meckel épaissi, adhérent au feuillet gauche du mésentère et paraissant entraîné par la rétraction cicatricielle de ce dernier;

2° *Multiplicité des opérations.* — Lors de la laparotomie pratiquée pour occlusion aiguë, l'indication anatomique était de pratiquer d'emblée l'anastomose de la dernière anse grêle dilatée avec le cæcum ou tout au moins avec l'anse grêle applatie, placée en avant de l'obstacle. Il était, en effet, inutile de corriger la coudure, puisqu'à ce niveau la vitalité de l'intestin n'était pas compromise. J'ai déjà dit, que n'ayant pas de bouton de Murphy sous la main, et, d'autre part, trouvant l'anse dilatée œdéma-

teuse et très friable, j'ai jugé dangereux de pratiquer une entéro-anastomose. C'est pour cette raison que j'ai débridé les tractus fibreux qui maintenaient le diverticule et occasionnaient la coudure de l'iléon.

3° Pourquoi, pour guérir définitivement l'anus contre nature, préférer l'abouchement de celui-ci dans le cæcum, plutôt que l'exérèse de l'obstacle? Parce que je connaissais la cause de la coudure intestinale. Parce que je savais que cette cause ne pouvait par elle-même menacer ni la vitalité de l'intestin, ni la santé générale du sujet. J'avais donc deux raisons de préférer à une opération nécessairement laborieuse, une intervention rapide, bénigne et tout aussi efficace. J'étais encore invité à cette détermination, par le voisinage immédiat du cæcum, et par la brièveté de l'anse grêle, que cette intervention devait exclure de la circulation intestinale.

Rapport.

Inflammation d'un appendice hernié chez un enfant de treize mois. Symptômes d'étranglement. Ablation de l'appendice et cure de la hernie vingt et une heures après le début des accidents. Guérison, par M. le Dr Baillet (d'Orléans).

Rapport par M. C. WALTHER.

M. le Dr Baillet, d'Orléans, vous a envoyé, il y a longtemps déjà, une fort intéressante observation que vous m'avez chargé d'analyser.

Voici l'observation de M. Baillet que je rapporte intégralement car elle est courte et précise :

Jeune garçon âgé de treize mois, nourri au sein; bien portant jusque là, enfant de cultivateurs; dès sa naissance on a constaté l'existence d'une hernie inguinale droite, volumineuse, réductible ; elle se maintenait même habituellement réduite, mais sortait facilement et déjà plusieurs fois elle n'a pas pu rentrer spontanément; mais la mère avertie par les cris de l'enfant la réduisait immédiatement et facilement. L'enfant s'élève bien, se nourrit bien ; il est élevé au sein et par sa mère.

Le 6 octobre à 6 heures du soir, l'enfant s'étant mis à crier, la mère regarde et s'aperçoit que la hernie est sortie; elle tente de la rentrer, mais n'y peut pas parvenir; bientôt apparaissent des phénomènes d'étranglement : vomissements fréquents, abondants, qui ont continué

jusqu'au moment de l'opération; suppression des évacuations intestinales, ballonnement du ventre.

La mère conduit dans la nuit son enfant au Dr Coulon de Tigy, qui essaie de réduire la hernie et n'y peut parvenir; il conseille de me l'amener afin qu'il soit opéré. On me l'amène le lendemain matin; il arrive vers onze heures après avoir fait un trajet de 40 kilomètres environ. Aux symptômes que j'ai signalés je dois ajouter la petitesse et la fréquence du pouls (difficile à déterminer chez un enfant de cet âge), les cris continuels, les vomissements incessants et la pâleur du petit malade. A la région inguinale existe une tuméfaction que je n'hésite pas à considérer comme une hernie étranglée, je remarque qu'elle ne présente pas une grande tension; j'estime que des tentatives de réduction ayant été faites par le médecin, il n'y a pas lieu d'en faire de nouvelle. L'opération a été faite le 7 octobre à 3 heures du soir, par conséquent vingt et une heures après le début.

L'enfant est endormi au chloroforme. Incision haute.

Le sac ouvert, il s'écoule un peu de liquide, mais il est clair, citrin; et d'autre part, l'intestin un peu congestionné, n'a pas la teinte rouge violacée qu'il présente dans le cas d'étranglement (la facilité de la réduction sans débridement a ultérieurement montré qu'en effet il n'y avait pas d'étranglement).

Je m'aperçois que l'anse herniée est constituée par la terminaison de l'iléon et une partie du cæcum, mais on ne voit pas l'appendice dans l'angle formé par les deux segments intestinaux, on aperçoit un gros ganglion; l'idée d'appendicite se présente alors à l'esprit. En relevant un peu le cæcum on trouve facilement l'appendice : il est accollé au cæcum par des adhérences molles, il est rectiligne, turgide, relativement volumineux et long pour un enfant de cet âge; il est manifestement enflammé. Il est dès lors évident qu'il s'agit non d'un étranglement herniaire, mais de l'inflammation aiguë d'un appendice hernié.

L'ablation de l'appendice, très facile à faire, a été suivie de la cure rapide de la hernie.

Suites opératoires :

7 *octobre*. — Encore deux vomissements dans la soirée. Température 36°8. L'aspect du visage est mauvais. Injection de 20 centimètres cubes de sérum.

8 *octobre*. — La nuit a été agitée, plusieurs vomissements, mais émission de gaz abondants et de matières. L'enfant a tété pendant la nuit.

11 *heures*. — L'enfant dort, son aspect est bon; il tête assez régulièment et ne vomit plus.

6 *heures*. — Paraît bien, a dormi, tête bien, pas de vomissements. Une deuxième selle et émission de gaz en quantité énorme. Température : matin, 37°6; soir, 38 degrés.

9 *octobre* et jours suivants. — L'enfant continue à aller très bien; il est ramené chez lui le 12 octobre.

M. Baillet fait suivre son observation de quelques réflexions.

1° Il insiste sur la grande difficulté du diagnostic. « Les symp-

tômes, dit-il, étaient absolument ceux de l'étranglement herniaire et, s'il est bon de signaler que la tumeur avait une faible tension contrairement à ce qu'on aurait observé en cas d'étranglement, je ne pense pas qu'on puisse en faire un signe suffisant pour douter de l'étranglement. » Pour rejeter absolument l'étranglement, non, mais pour le mettre en doute, peut-être. Nous pouvons, en pareil cas, penser à une hernie enflammée, et, du reste, l'indication opératoire est la même, puisqu'elle est tirée du seul fait de l'irréductibilité et des accidents généraux.

Il est certain que si en même temps que cette faible tension de la hernie irréductible nous trouvons de l'élévation de température et un pouls fréquent, nous pensons plus volontiers à quelque complication inflammatoire de la hernie, à quelque épiploïte, ou même exceptionnellement, à cause de l'extrême rareté du fait, à une appendicite herniaire.

Je me rappelle avoir vu, il y a déjà bien longtemps, deux appendicites herniaires. Les symptômes n'étaient pas absolument ceux de l'étranglement, mais bien d'une inflammation herniaire.

Dans le cas particulier observé par M. Baillet, l'âge de l'enfant rendait le diagnostic particulièrement épineux, car il est bien difficile de tenir compte de l'état du pouls chez un enfant de treize mois, en proie à des vomissements incessants;

2° M. Baillet attribue l'ensemble des symptômes observés chez son petit malade, non à l'évolution de l'appendicite, mais à une véritable occlusion « par le phénomène souvent invoqué autrefois de l'engouement herniaire ».

« L'appendicite, dit-il, me paraît avoir déterminé une paralysie localisée à l'anse herniée qui a suffi à amener l'occlusion de l'intestin. »

Je crois, avec M. Baillet, que l'irréductibilité était bien due à cette paralysie, à la distension de l'intestin, mais est-ce bien là de l'engouement? Il me semble qu'il vaut mieux dire péritonite herniaire.

Je vous propose, messieurs, d'adresser des remerciements à M. Baillet pour sa très intéressante observation que j'ai reproduite dans ce rapport.

Corps étranger de la bronche droite, par le Dr DJEMIL-PACHA, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Constantinople.

Rapport par M. C. WALTHER.

L'observation que nous a envoyée M. le Dr Djemil-Pacha a trait à un enfant de six ans qui, en jouant, se mit dans la bouche un étui métallique de crayon et l'avala. A ce moment il fut pris d'un accès de suffocation très violent, mais qui disparut assez rapidement.

Un médecin mandé aussitôt après l'accident ne put rien constater, ni par l'examen laryngoscopique ni par l'exploration de l'œsophage avec la sonde. La respiration n'était pas génée, l'auscultation révélait une ampliation normale des deux poumons. La déglutition était facile. Seule la pression sur la trachée déterminait une légère douleur. On pensa que le corps étranger avait été dégluti, et qu'il serait rendu au bout de quelques jours. Mais l'examen régulièrement fait des matières fut négatif.

Pendant sept jours, l'état de l'enfant resta excellent, sans toux, sans dyspnée, sans aucune douleur. Le huitième jour éclate brusquement une quinte de toux, puis un accès de suffocation très violent qui dure quelques minutes. A partir de ce moment, la douleur qui existait toujours au niveau de la trachée disparaît brusquement; la toux persiste et s'accompagne d'expectoration sanguinolente.

L'enfant est conduit à la Clinique chirurgicale de la Faculté de Constantinople, où M. Djemil le voit dix jours après l'accident. Il constate les signes suivants : une respiration légèrement accélérée, une toux accompagnée d'expectoration sanguinolente, des accès de dyspnée intermittente, une altération du timbre de la voix, et une sensation douloureuse à la partie supérieure du thorax. L'auscultation ne révèle rien au poumon gauche; à droite au contraire, disparition du murmure vésiculaire, avec conservation de la sonorité à la percussion. L'auscultation de la trachée est négative : pas de bruit de soupape, de grelot; la trachée n'est pas douloureuse à la pression. L'examen laryngoscopique ne montre rien d'anormal.

L'examen radiologique ne put être fait, l'appareil ne fonctionnant pas le jour de l'examen. Mais les signes constatés par M. Djemil étaient suffisants pour lui permettre de faire le diagnostic de corps étranger siégeant peut-être très bas dans la trachée, et en tout cas engagé dans la bronche droite.

M. Djemil fait immédiatement, sous le chloroforme, une trachéotomie aussi basse que possible. Écartant largement les lèvres de l'incision, il explore la trachée sur toute sa hauteur avec une pince, mais ne trouve rien; la respiration était à ce moment rapide et gênée. M. Djemil fait renverser davantage la tête de l'enfant, tâche de provoquer des secousses de toux par la titillation de la muqueuse trachéale; ces manœuvres n'amènent aucun résultat, le corps étranger ne se déplace pas. L'introduction des pinces provoque des accès de suffocation, et la respiration s'arrête même quelques secondes. Quand elle se rétablit, une nouvelle tentative est faite avec une longue pince très peu recourbée à son extrémité et à 5 centimètres environ au-dessous de la fourchette sternale, M. Djemil sent la pince buter sur quelque chose de dur; mais à ce moment l'enfant ne respire plus, il faut enlever la pince et débarrasser la trachée du sang et des caillots qui s'y étaient accumulés; la respiration reprend, et M. Djémil, allant directement sur le cors étranger qu'il a senti, finit par pouvoir le saisir par son extrémité supérieure, qui semble enclavée, et il peut l'extraire en lui imprimant un mouvement de bascule et en le tirant de droite à gauche.

La trachée est alors soigneusement nettoyée, et après quelques mouvements de respiration artificielle, la respiration se fait librement; une canule est placée dans la trachée et enlevée au bout de quatre jours. Dix jours après, l'enfant sort complètement guéri.

Le corps étranger enlevé était un protège-pointe de crayon, long de 4 centimètres, large de 8 millimètres. L'extrémité inférieure qui avait pénétré dans la bronche droite était un peu plus étroite. La lumière du tube métallique était obstruée à sa partie inférieure par des caillots.

M. Djemil pense avec raison que le tube métallique a dû rester pendant huit jours dans la trachée, ne gênant en rien la respiration, provoquant seulement un peu de douleur trachéale.

Au huitième jour, l'accès de suffocation, la disparition brusque de la douleur trachéale, révèlent la pénétration partielle du corps étranger dans la bronche droite; situation nouvelle qui explique la dyspnée, l'expectoration sanguignolente, la disparition du murmure vésiculaire avec conservation de la sonorité.

Nous ne pouvons, Messieurs, qu'approuver la conduite de M. Djemil Pacha, et le féliciter de l'heureuse issue d'une opération toujours délicate et qui, dans cette circonstance particulière, demandait de l'habileté et du sang-froid. Nous devons remercier M. Djemil de son intéressante observation, et vous me permettrez de dire que nous devons lui savoir gré de n'avoir

point oublié que c'est à Paris qu'il a fait ses études chirurgicales, et de continuer à la Faculté de Constantinople, où il est depuis longtemps déjà professeur de Clinique chirurgicale, à publier en français des travaux qu'il a toujours envoyés à notre Société.

M. Pierre Sebileau. — Toute observation est intéressante qui a trait à l'extraction chirurgicale d'un corps étranger des bronches, surtout quand cette opération est suivie de guérison.

M. Djemil-Pacha a eu la main forcée par des accidents; il a pratiqué la trachéotomie immédiate. Il n'y a rien autre chose à faire qu'à féliciter notre confrère, ainsi que le fait Walther, tout en regrettant que l'absence de radiographie enlève à l'observation une grande partie de sa précision et, par conséquent, de son intérêt.

J'ai une seule chose à dire.

La trachéotomie appliquée à l'extraction de corps étrangers trachéaux ou bronchiques et à l'ablation de tumeurs bénignes de la région doit, à mon avis, à moins de complication opératoire spéciale, être une trachéotomie temporaire. La suture immédiate de la trachée est indiquée dans la presque totalité de ces cas. Elle réussit d'une manière, pour ainsi dire, constante.

M. Walther. — Comme mon ami Sebileau, je crois que la radiographie eût rendu les plus grands services et eût permis de préciser le diagnostic d'une façon indiscutable.

Mais M. Djemil n'a pas eu, n'a pas pu avoir ce renseignement précieux. On lui a apporté un enfant avec des crises de dyspnée violentes, avec de la toux et une expectoration sanguinolente; les résultats de la percussion et de l'auscultation lui ont permis de croire que le corps étranger était engagé dans la bronche droite. Il a cherché à avoir, mais n'a pu avoir pour la raison que j'ai dite dans mon rapport, la confirmation de l'examen radioscopique; et alors, comme les accidents pressaient, sans plus attendre il a fait ce que doit faire, en pareil cas, le chirurgien; il a pratiqué la trachéotomie, il a recherché le corps étranger, difficile à trouver, difficile à extraire, car sa situation profonde à 5 centimètres au-dessous de la fourchette sternale, l'inclinaison qu'a dû prendre la pince pour l'extraire, de droite à gauche, ont confirmé l'exactitude du diagnostic porté d'après les seuls signes cliniques.

Et c'est pour cela que j'ai dit que j'approuvais absolument la conduite de M. Djemil, et que nous devions le féliciter de l'heureux résultat d'une opération délicate et difficile.

Aurait-il mieux fait de pratiquer la suture de la trachée? Il est peut-être plus prudent de laisser, comme il l'a fait, quelques jours une canule lorsque la trachée a été comme ici longtemps irritée,

érodée, qu'il y a de la trachéite avec crachats sanglants, et surtout que l'opération a été assez laborieuse et s'est accompagnée d'un notable écoulement sanguin.

Présentations de malade.

Epithéliome de la face traité par la radiothérapie

M. Tuffier. — Je vous présente le malade porteur de ce large épithéliome de la face que je vous ai montré dans la séance du 2 décembre dernier, c'est-à-dire il y a trois semaines. L'induration allait de la paupière inférieure au bord libre de la lèvre et de l'os malaire à la ligne médiane du nez avec destruction complète de la narine, voici d'ailleurs la photographie. Il a subi depuis cette époque 12 séances de rayons X.

Vous pouvez voir, aujourd'hui, que la cicatrisation est parfaite. Il reste à peine 1 ou 2 millimètres au niveau de la muqueuse nasale. L'action des rayons X a donc été indiscutable. Je vous dirai combien de temps cette guérison durera.

J'avais fait dès la première communication, toutes les réserves sur l'application de cette thérapeutique à d'autres lésions qu'à des cancroïdes cutanés.

M. Quénu. — Je tiens à bien faire remarquer ici qu'il s'agit d'un cancer de la peau, bien différent, comme gravité, des cancers des muqueuses.

M. Tuffier. — Je ne puis que répéter ce que je vous ai dit dès ma première communication, à savoir qu'il fallait absolument, dans l'étude de la thérapeutique du cancer, faire des distinctions et séparer le cancer de la peau des autres variétés d'épithéliomes. (Voy. page 1082.)

Résection du coude.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de vous présenter une jeune fille de seize ans à qui j'ai fait deux résections orthopédiques du même coude.

La malade présentait une ankylose à angle à peu près droit, sur l'origine de laquelle je n'ai pu avoir aucun renseignement. Tout ce que j'ai pu savoir, c'est qu'elle remontait à la petite enfance du sujet. Le bras complètement atrophié n'avait pour ainsi dire plus de muscles. L'avant-bras et même la main du côté ankylosé sont plus petits que ceux du côté opposé. Je ne sais si cette atrophie de tout le membre doit être attribuée à l'ankylose survenue dans les premières années de la vie. En tout cas, on ne lui trouve pas d'autre cause.

Je fis la première résection le 11 février de cette année. Par une incision médiane postérieure, j'enlevai le coude ankylosé sans rompre l'ankylose. Voici la pièce que j'ai obtenue de cette façon. Vous pouvez voir qu'il n'existe aucun mouvement ni des deux os de l'avant-bras sur l'humérus, ni du radius sur le cubitus.

J'ai fait cette résection soigneusement sous-périostée et le résultat fut une nouvelle ankylose. Bien que j'aie commencé la mobilisation cinq jours après la résection, malgré tout ce qu'on put faire, au bout de deux mois, tous les mouvements avaient disparu.

Je fis une seconde intervention le 16 avril. Le manchon périostique était tapissé de stalactites osseuses irrégulières. J'en fis une ablation minutieuse. J'enlevai sur l'humérus d'un côté, sur le radius et le cubitus de l'autre, trois tranches mesurant chacunes un demi-centimètre d'épaisseur. Enfin j'interposai entre les os un faiscau du cubital antérieur qui outre l'avantage de séparer les extrémités osseuses avait celui de protéger contre elles le nerf cubital.

Malgré tout, la tendance à la réankylose fut encore très marquée. Je m'absentai à ce moment pendant un mois, et lorsque je repris mon service, l'étendue des mouvements possible dans le coude n'était que de quelques degrés.

Je fis faire par mon interne M. Chevé une mobilisation par le chloroforme. Bien que les manœuvres eussent été exécutées avec une grande prudence, elles amenèrent la formation à la partie postérieure d'un hématome assez volumineux et très douloureux; il fallut immobiliser l'articulation jusqu'à la résorption du sang, mais je la fis immobiliser alternativement dans la flexion et dans l'extension,

Enfin on put reprendre la mobilisation. Mais les muscles du bras très atrophiés et presque complètement fibreux ne se contractaient pas, et j'en étais arrivé à désespérer de rendre la mobilisation à cette articulation.

Cependant, grâce à l'électrisation, au massage, à la mobilisation méthodique, j'ai fini par obtenir un résultat très satisfaisant.

Aujourd'hui la flexion est assez énergique et dépasse légèrement l'angle droit, l'extension est presque complète et elle se fait même lorsqu'elle n'est point aidée par la pesanteur. La malade met aisément la main sur sa tête. Bien qu'elle ne soit pas grande, elle peut décrocher les pancartes qui sont appendues au lit des malades. Bref son bras lui rend les plus grands services (c'est le bras droit) et elle peut exercer la profession de domestique.

M. Quénu. — Je ferai remarquer que si le résultat est très satisfaisant, l'intervention avait été d'abord suivie d'une raideur articulaire empêchant presque tout mouvement.

Élections.

NOMINATION DU BUREAU POUR 1904.

Nomination du Président.

Nombre de votants : 32. — Majorité : 17.

M. Peyrot	obtient :	23	voix.
M. Quénu	—	1	—
Bulletin blanc	—	1	—

Nomination du vice-président.

Nombre de votants : 31. — Majorité : 16.

M. Schwartz	obtient :	23	voix.
M. Segond	—	1	—
M. Quénu	—	1	—
Bulletin blanc	—	1	—

Nomination du premier secrétaire annuel.

Nombre de votants : 31. — Majorité : 16.

M. Tuffier	obtient :	27	voix.
M. Picqué	—	1	—
Bulletin blanc	—	1	—

Nomination du deuxième secrétaire annuel.

Nombre de votants : 31. — Majorité : 16.

M. Delorme	obtient :	16	voix.
M. Picqué	—	11	—
M. Quénu	—	1	—
M. Potherat	—	1	—
Bulletin blanc	—	1	—

Nominations du trésorier et de l'archiviste.

A l'unanimité, M. le trésorier Walther et M. l'archiviste Broca sont maintenus dans leurs fonctions.

En conséquence, voici la composition du bureau pour l'année 1904 :

Président	MM. Peyrot.
Vice-président	Schwartz.
Secrétaire général	Paul Segond.
Premier secrétaire annuel	Tuffier.
Deuxième secrétaire annuel	Delorme.
Trésorier	Walther.
Archiviste	Broca.

Le Secrétaire annuel,
TUFFIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1903

Présidence de M. KIRMISSON.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications périodiques de la dernière semaine.

A propos de la correspondance.

M. CHAVASSE dépose sur le bureau un tiré à part des mémoires qu'il vient de publier, dans les *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, avec la collaboration de M. MAHU, sur « la ponction lombaire dans les complications endocraniennes des otites ».

A l'occasion du procès-verbal.

M. QUÉNU. — Je tiens à corriger la dernière phrase de la courte communication que j'ai faite sur le traitement des fractures du col du fémur par l'appareil de Hennequin ; j'ai dit qu'au bout de deux mois les malades marchaient « sans trop boiter » et non « sans même boiter », ce qui serait d'une prétention absurde.

Rapport.

I. — *Splénectomie pour endothéliome de la rate. Guérison maintenue depuis dix mois.*

II. — *Anévrysme diffus du creux poplité : suture de l'orifice circulaire. Développement d'un second anévrysme : résection très étendue de l'artère et de la veine. Guérison*, par M. le D[r] LE FORT (de Lille).

Rapport par M. F. LEGUEU.

Dans la séance du 29 juillet dernier, M. Le Fort (de Lille), nous a communiqué deux observations intéressantes. L'une a trait à un endothéliome de la rate; l'autre à un anévrisme diffus. Elles sont donc d'ordre très différent; je les rapporterai l'une après l'autre.

I. Voici d'abord une splénectomie pour endothéliome de la rate.

Le 26 octobre 1901, entrait à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Folet, le sieur B... Louis, âgé de cinquante-six ans, pour une volumineuse tumeur abdominale dont le début remontait à quatre mois environ.

Les antécédents héréditaires de ce malade sont inconnus, c'est un enfant trouvé. A neuf ans, il a fait une chute assez sérieuse sur la tête, mais sa santé est toujours restée bonne jusqu'au moment où il a fait son service militaire. A cette époque, envoyé en Algérie, il y séjourne quatre ans, il contracte la *fièvre intermittente* au bout de trois ans et demi. La première attaque dure environ quinze jours, et quelques mois plus tard, une nouvelle crise dure vingt à trente jours. Les accès n'étaient pas quotidiens, il s'agit probablement de fièvre tierce ou quarte.

Soigné à l'hôpital d'Alger, il quitte en bonne santé cet établissement, rentre en France, et fait la campagne de 1870 comme clairon au 37[e] de ligne. Libéré en 1874, il présente quelque temps après deux attaques de fièvre intermittente qui durent environ quinze jours, séparées l'une de l'autre par un intervalle de cinq à six mois. Depuis cette époque, il n'y a jamais plus eu d'accès.

Il y a dix-huit mois, apparurent des phénomènes gastriques; pyrosis intense accompagné d'abondants vomissements muqueux, rarement alimentaires, surtout fréquents pendant le service du malade (il est garde de nuit). Les digestions sont faciles, mais la constipation de règle (souvent cinq à six jours sans évacuations alvines). Cet état persiste quelques mois, B... n'en souffre pas énormément, ce n'est qu'il y a quatre mois environ qu'il constate une augmentation de volume de son ventre. En même temps, la marche devient difficile, il a des points de

côté très souvent dans le flanc gauche, et des douleurs vagues qui se calment par le repos.

Le malade affirme qu'il a maigri un peu dans ces derniers mois, il ne tousse pas, son appétit est resté bon.

Examen en octobre 1901. — B... est pâle, il paraît anémié; ses conjonctives sont décolorées, le teint est blafard.

L'abdomen est distendu régulièrement, les côtes sont soulevées, les flancs élargis, et la palpation permet de sentir une grosse tumeur, lisse, emplissant presque tout le ventre, depuis les côtes jusqu'au bassin, absolument mate sur toute sa surface.

Dans le flanc droit, on sent le bord de la tumeur avec une incisure, et au delà de ce bord la sonorité reparaît. La région épigastrique est également sonore. Il n'y a pas d'ascite.

Le foie est de volume normal. La formule hémoleucocytaire est 1/300. La température est toujours normale. Il s'agit manifestement d'une grosse rate. Le tour de taille, pris le 2 novembre est de 91 centimètres.

On institue un traitement médical, dont la quinine et l'arsenic font les frais, et bientôt, il semble que la tumeur diminue : le 7 novembre le tour de taille est de 88 centimètres ; il est de 87 centimètres le 12.

En présence de cette apparence d'amélioration, on conseille au malade de continuer chez lui l'essai du traitement, et de revenir si l'amélioration ne continue pas.

Il sort le 13 novembre 1901 et rentre le 25 août 1902.

L'état local du ventre est sensiblement le même qu'en 1901, mais le tour de taille est actuellement de 93 centimètres, il y a augmentation de la tumeur.

L'examen du sang montre qu'il n'y a pas de leucémie. Le 31 août, on note :

L et M	47,6
D.	51
E.	0,1

Le 2 septembre, M. Le Fort pratique la *splénectomie.*

Incision de 25 centimètres environ, médiane.

La luxation de la rate est faite par en bas; quelques adhérences épiploïques sont pincées dans un clamp et sectionnées. Sur la face interne de la tumeur, un large pédicule s'étend comme un voile, de la partie moyenne à la partie supérieure, oblique de bas en haut. Des sections successives, après pincement avec des clamps, libèrent la masse, et, après placement d'un dernier clamp suivi d'une dernière section, la rate est extraite du ventre.

Il ne reste à pincer et couper qu'une adhérence postéro-inférieure qui paraît tenir à la queue du pancréas.

On place des ligatures en chaîne sur tous les pédicules, avec quelque difficulté le long de l'estomac où le pédicule est très court et très large. Drainage (Mickulicz), 3 plans de sutures à la paroi.

En somme, l'opération a été fort simple, et le malade n'a pas perdu 20 grammes de sang.

Pansement très compressif et injection de 500 grammes de sérum.

Le soir, pouls, 72; température, 36°8.

Les suites ont été normales; il y a pourtant à noter des crises de douleurs dans l'abdomen, accompagnées d'angoisse, qui se répètent trois ou quatre fois pendant le séjour du malade à l'hôpital, et dont il nous a été impossible de comprendre la nature.

La marche de la température ou du pouls n'étaient en rien influencées par ces crises qui, du reste, ont rapidement disparu et duraient peu de emps.

La réunion de la plaie a eu lieu par première intention, sauf au niveau du drain; elle était complète partout au bout de douze ou quinze jours.

L'examen du sang, pratiqué quinze jours après l'opération, montre qu'il n'y a pas de modification appréciable dans sa composition :

L. et M	44
P	54,8
E	1

Le malade a quitté l'hôpital entièrement guéri le 4 octobre 1902.

Depuis, il nous a donné de ses nouvelles à différentes reprises. Le 8 mai, soit plus *de huit mois après l'opération*, il nous écrit que son état est excellent. Et cependant, l'examen histologique a permis des constatations inattendues qui nous auraient fait porter un pronostic des plus sombres. Il s'agit, en effet, d'un *endothéliome de la rate.*

La tumeur enlevée pesait 4 kil. 800; elle était formée d'une série de kystes variant du volume d'une tête d'enfant à celui d'une lentille; mais sa surface, sauf l'incisure arrondie indiquée à droite, était assez régulièrement lisse, et c'est à peine si, par places, quelques kystes tendent à se séparer de la masse générale. Ces kystes étaient entièrement tendus; leurs parois très solides étaient renforcées à leur surface par des plaques blanchâtres de périsplénite fort épaisses et unies.

Les kystes contiennent un liquide plus ou moins coloré par le sang; certains mêmes, au niveau d'un fragment compact de 250 grammes environ qui forme comme le noyau de la tumeur, contiennent même du sang noir presque pur.

Le liquide est poisseux; il se coagule très facilement; sa densité est de 1,03; il est fortement albumineux, à caillot fibrineux.

Examiné au microscope et cultivé, il s'est montré exempt de microbes.

Il ne renferme pas d'autres éléments figurés que des globules sanguins et des leucocytes.

La tumeur compacte présente les caractères d'un endothéliome de la rate. On y trouve d'énormes dilatations veineuses et des espaces remplis de fibrine granulée et en filaments.

Cette tumeur forme des bourgeons dans les cloisons qui séparent les kystes, cloisons dans lesquelles on remarque des dégénérescences hyalines.

On ne trouve plus guère de rate qu'aux confins de la masse compacte, aux joints d'attache des cloisons.

Voici la note qu'a bien voulu rédiger pour nous M. le professeur Curtis :

« Dans les coupes remises, on distingue trois aspects différents du tissu néoplasique ; dans aucune, on ne saurait reconnaître le tissu splénique qui est complètement surанné.

« *Premier aspect* : Dans les régions assez étendues des coupes de la paroi interne du kyste, on trouve tout d'abord d'énormes dilatations vasculaires qui paraissent être le réseau veineux de la rate très dilaté et gorgé de globules sanguins ou de fibrine à l'état grenu. Les travées conjonctives qui limitent ces vaisseaux, ont subi une dégénérescence hyaline et par place muqueuse.

« On trouve dans les orifices vasculaires, en quelques points, d'assez grandes cellules qui paraissent être des endothéliums desquamés. A côté de ces régions angiomateuses et par une transition graduelle, on arrive dans une zone où le tissu tout entier est formé par de grandes cellules irrégulières très polymorphes, variant de la forme polygonale jusqu'à l'état fusiforme.

« Ces cellules ont un noyau volumineux avec fin réseau de chromatine rappelant les noyaux des cellules endothéliales. Ces éléments forment par places des plaques continues et paraissent se grouper en petites zones nodulaires comme si elles s'étaient développées dans des tannières vasculaires préexistantes qu'elles auraient comblées. En certains points elles paraissent périvasculaires, formant une zone autour d'un gros vaisseau. Enfin, dans beaucoup d'endroits, un tissu conjonctif hyalin, par place encore fibrillaire, pénètre entre les éléments qui s'écartent les uns des autres, de sorte que le tissu prend un aspect sarcomateux.

« Il existe des points où le tissu intermédiaire devenu muqueux sépare les éléments et où l'on croirait avoir sous les yeux l'aspect d'un myxo-sarcome.

« *Deuxième aspect*. — Dans d'autres corps on retrouve un aspect différent : les espaces veineux sont dilatés, remplis de globules sanguins ou de fibrine granuleuse. Les travées du tissu splénique sont épaissies, deviennent confluentes par places ; toutes ces travées sont formées par les mêmes éléments ; ce sont des cellules à noyaux arrondis, assez volumineux, polygonales, tassées les unes contre les autres, qui semblent remplir les mailles du fin réticulum splénique, comme si des endothéliums veineux avaient proliféré et poussé dans le réticulum même.

« *Troisième aspect*. — Dans d'autres régions, le tissu devient tout à fait compact. Il est formé toujours par les mêmes éléments cellulaires tassés les uns contre les autres, presque sans substratum intermédiaire. Dans certains points même, les cellules prennent un aspect épithélioïde, mais s'agencent les unes contre les autres sans aucun stroma intermédiaire. Cet état n'existe toutefois que par places isolées ; la plupart du temps, on trouve entre les cellules de fines fibrilles con-

jonctives, les éléments s'allongent et toute la coupe prend presque l'aspect d'un sarcome fuso-cellulaire.

« En somme, ce néoplasme paraît offrir des aspects très divers. On y trouve :

« 1° Des régions angiomateuses ;

« 2° Des régions où les cavités semblent remplies par les cellules endothéliales proliférées ;

« 3° Des régions où ces mêmes éléments semblent former un tissu compact et, entre ces parties, toutes les zones de transition qui, par places, montrent une sorte de continuité entre une texture endothéliale et une texture sarcomateuse. Nous croyons donc pouvoir considérer cette tumeur comme un *endothéliome splénique.* »

C'est là une interprétation plus qu'un diagnostic, car dans la rate l'interprétation de ce qu'on voit varie pour chaque histologiste, et il est difficile d'établir souvent des catégories bien nettes.

Quoi qu'il en soit, l'observation de M. Le Fort se rapproche de celle publiée par Gaucher en 1882 sous le nom « d'épithélioma de la rate » et dont le type anatomique n'a été rencontré depuis lors que très rarement. Seuls en effet Picou et Ramond ont présenté en 1895 à la Société anatomique une tumeur de cette nature enlevée par Bouilly ; Collier en 1895, Bovard en 1900 ont fait connaître deux nouvelles observations.

Brill (*The Amer. J. of the med. Sc.*. 1901) a cependant essayé d'établir un type clinique qui correspondrait au groupe précédent, et décrit sous le nom de « splénomégalie endothéliale de la rate » une maladie distincte de la maladie de Banti qui serait familiale, de longue durée, commencerait ordinairement dans le jeune âge, se développerait surtout chez les filles et ne s'accompagnerait que d'une anémie légère, constante et sans leucémie.

Laissons à l'avenir le soin de confirmer et de légitimer ces tentatives de classification ; et en ce moment où les faits ne peuvent être classés avec certitude, retenons seulement ceci : c'est qu'on voit parfois de grosses rates qui présentent à la coupe l'aspect de l'endothéliome, qui se développent lentement sans caractères de malignité, mais qui gênent et amènent presque fatalement la mort du malade. Or l'ablation de ces rates hypertrophiées peut amener la guérison. Sur quatre cas opérés, deux malades ont guéri et ont été suivis l'un dix-huit mois et l'autre dix mois.

II. — Je passe maintenant à la deuxième observation de M. Le Fort : il s'agit cette fois d'*un anévrysme diffus du creux poplité.*

Je relève d'abord dans l'observation les détails qui nous intéressent.

Le 15 septembre 1902, entre, à l'hôpital Saint-Sauveur, le sieur B... (Alfred), âgé de cinquante-deux ans, pour un anévrysme du creux poplité.

Au mois de juillet 1902, soit trois mois avant, le malade a reçu à la partie postéro-supérieure de la face externe du genou une balle de revolver de moyen calibre, qui a traversé obliquement tout le creux poplité gauche, de dehors en dedans et de haut en bas. La balle a été extraite peu après l'accident; elle faisait saillie sous la peau, sur la face interne du genou, en dedans et en bas.

Deux jours après, le malade constatait la présence d'une tumeur animée de battements au niveau du creux poplité, et la tuméfaction dès lors s'accroissait lentement.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, le creux poplité est entièrement rempli par la tumeur, et la face postérieure de la cuisse et du mollet sont presque sur le même plan. En outre, la coloration de la peau est plus marquée que du côté opposé, toute la région est soulevée de battements très sensibles à la vue et au toucher, l'expansion est manifeste à chaque pulsation; le souffle est très marqué à l'auscultation, et intermittent. Les orteils et tout le pied sont chauds, la sensibilité du membre n'est qu'un peu atténuée, la température est nettement plus élevée au niveau du creux poplité malade que du côté sain.

Il y a tous les signes d'un anévrisme diffus, et, malgré un temps d'arrêt noté par le sujet depuis quelques jours dans l'accroissement du mal, il y a urgence à intervenir, la rupture de la poche paraissant inévitable à brève échéance.

Le 17 septembre, sous chloroforme et après application de la bande d'Esmarch, M. Le Fort pratique une incision longitudinale de 15 centimètres environ, au milieu du creux poplité, tant au-dessus qu'au-dessous de l'interligne articulaire.

La peau et le tissu cellulaire incisés, il tombe sur une aponévrose dure, tendue, bleuâtre, au-dessous de laquelle il y a une fluctuation fort nette.

Après incision verticale de l'aponévrose, il s'écoule un flot de sang noir, et il tombe dans une vaste poche qu'il nettoie le mieux possible. La paroi en est nette, elle a l'aspect d'une endartère ; elle est vaste et remplit tout le creux poplité ; dans le fond de cette poche, on découvre, assez bas situé, un orifice allongé de 12 millimètres environ de largeur sur 5 ou 6 de longueur. Les bords de cet orifice sont lisses et polis comme la surface de la poche elle-même. A travers l'orifice, on distingue une paroi lisse qui paraît être la surface interne de l'artère, et à la partie inférieure de la portion visible, on voit un orifice qui paraît être l'embouchure d'une collatérale. M. le professeur Folet, qui assiste à l'opération, conseille de faire enlever la bande d'Esmarch pour voir si c'est bien l'artère. La bande enlevée, un flot de sang jaillit de l'orifice qu'on bouche immédiatement, mais la paroi est très rigide, et, sous le doigt, qui en masquant l'orifice complète la paroi vasculaire, M. Le Fort perçoit le cours impétueux du sang rétabli dans le vaisseau.

La bande est réappliquée, et il cherche à obtenir à nouveau l'étan-

chéité de l'artère. « Celle-ci à peu près obtenue, j'avive avec un bistouri très fin tout le pourtour de l'orifice vasculaire dont j'enlève environ 1 millimètre, et pour permettre l'affrontement j'incise, sur 3 millimètres environ en haut et en bas la paroi du vaisseau, pour transformer la plaie ovalaire en une plaie fusiforme (après section des angles), de façon à permettre le rapprochement et l'adaptation parfaits indispensables pour la suture. » Avec des aiguilles fines, M. Le Fort passe des points de catgut *non perforants*, de façon à apporter aussi exactement que possible les deux lèvres avivées. Deux points extrêmes sont placés tout à fait aux extrémités de la plaie, sur la partie débridée, et les points intermédiaires au niveau de la solution de continuité elle-même. L'un des points ayant coupé le tissu élastique et friable est facilement remplacé.

Il est difficile de fournir un soutien à cette suture, l'aponévrose réunie ensuite au-dessus d'elle est mince, je cherche bien à ramener quelques lambeaux de tissu cellulaire au-dessus de la suture et à les fixer par quelques points, mais, après réunion de la peau, je suis un peu inquiet pour la solidité de ma suture. Toutefois, ayant remarqué l'épaisseur des parois artérielles et la résistance de l'artère à la compression, je fais un pansement assez serré, avec un tampon dans le creux poplité, et j'immobilise la jambe en demi-flexion. La bande d'Esmarch est alors enlevée doucement.

Le soir, la température est à 36°7. Le pied est chaud.

Les suites sont très favorables. La température, un peu élevée le lendemain et le surlendemain, sans atteindre toutefois 38 degrés, retombe à 37 degrés, et s'y maintient. Du côté du pied, la circulation se fait bien, il n'y a pas d'œdème ou à peine, et pendant un jour ou deux, et le 26, dixième jour après l'opération, escomptant déjà un résultat définitif ; le pansement est enlevé.

La réunion est parfaite, par première intention, mais le creux poplité est à nouveau rempli, peut-être un peu moins qu'avant ; l'expansion, les battements ont peut-être augmenté, et dans tous les cas, ils se manifestent nettement à la partie supéro-interne de la jambe. Il y a un changement d'aspect de la région, la tuméfaction est maintenant plus basse et plus interne qu'autrefois. « Je pense, dit M. Le Fort que ma suture n'a pas tenu et fais immédiatement conduire mon blessé à la salle d'opération. Comme la première fois, il accepte toute intervention nécessaire.

J'enlève les griffes de Michel, fais sauter la cicatrice encore un peu fraîche, et j'arrive sur une poche tendue, fluctuante, mais de forme très différente de celle que nous avions observée au cours de la première intervention. Cette poche est plus plate, sa paroi postérieure (celle qui se présente) se trouve sur un plan beaucoup plus rppproché de l'articulation, plus antérieure, en un mot ; la tumeur se prolonge en outre fortement en dedans, comme si la bourse du jumeau communiquait avec elle.

A ma grande surprise, je retrouve à la surface de la poche mes sutures qui ont tenu et ferment parfaitement de ce côté.

Que s'est-il donc passé? Je cherche à disséquer les poches et j'ai l'impression qu'il s'agit d'un anévrisme artério-veineux développé du côté d'un orifice artériel méconnu lors de la première opération. Bientôt, j'acquiers la conviction que je tombe dans la poche du jumeau, pleine de caillots mous et noirâtres; je la dissèque autant que possible, elle communique avec une autre poche qui me conduit sur les vaisseaux.

La dissection de la gaine vasculaire est impossible; tout à ce niveau est fondu en une masse unique, comprenant veine, artère et gaine intimement soudées. La suture isolée des orifices est impossible; il n'y a qu'une ressource, la résection de l'artère et de la veine, mais celles-ci sont si intimement unies que je suis obligé, pour faire la ligature, de remonter en haut jusqu'à l'orifice inférieur du canal de Hunter, et, en bas, d'écarter les jumeaux pour lier contre l'anneau du soléaire. En cours de route, je suis encore obligé, à mon grand regret, de sacrifier un important vaisseau artériel qui longe et croise en arrière l'anévrisme.

Sutures de l'aponévrose et de la peau comme après la première opération et pansement, non compressif cette fois.

Il quitte l'hôpital en excellent état le 6 octobre.

J'ai eu depuis de ses nouvelles, il était en parfaite santé le 8 mai 1903, soit huit mois après l'opération; il se plaint seulement d'avoir assez souvent une sensation d'engourdissement dans le pied et d'avoir parfois la jambe et le pied un peu gonflés, mais il marche et a repris son travail.

L'*examen de la pièce* enlevée a permis des constatations intéressantes :

L'orifice vasculaire aperçu lors de la première opération était en réalité l'orifice de la gaine des vaisseaux; mais la fusion des vaisseaux et de la gaine était si complète et si intime, que l'examen histologique fait par mon ami et ancien élève le Dr Gautier Delaroche a montré que le débridement fait au-dessus de l'orifice (le seul examiné) avait en réalité intéressé la paroi artérielle dans sa totalité; de même l'examen histologique fait au niveau d'un des fils de catgut ayant servi à la suture a permis de constater que le fil a traversé non seulement la gaine, mais encore la paroi externe de la veine, restant bien entendu non perforant.

L'examen de la pièce montre encore que l'artère et la veine ont été largement intéressées, et que la gaine porte deux orifices : l'un décrit, celui qui a été suturé, l'autre moins régulier que le premier, et dont les bords éversés se continuant avec une même membrane qui n'est autre que le vestige et l'embouchure de la seconde poche anévrismale.

En résumé, B... reçoit une balle qui lui traverse de dehors en dedans tout le creux poplité gauche. L'artère et la veine, entre lesquelles passe le projectile sont largement intéressées, et, du

côté de l'orifice externe de la gaine et des vaisseaux se développe un anévrysme diffus.

Deux mois plus tard l'anévrysme est ouvert, il y a une grande cavité lisse au fond de laquelle on voit un orifice vasculaire très nettement ovalaire à bords minces, qui paraît appartenir à l'artère poplitée. Cet orifice est avivé sur tcut son pourtour et suturé par 6 points non perforants de catgut. En réalité, cet orifice est non seulement celui de l'artère, mais aussi celui de la gaine et celui de la veine blessés en même temps. Depuis deux mois que le sang sort librement de l'artère par cet orifice, les parois de ce dernier ont pris le caractère de l'endartère, et non seulement les parois de l'orifice, mais encore toute la surface de la poche que le sang s'est creusée dans le tissu cellulaire. Au niveau de l'orifice, gaine, artère, veine, sont soudés et unis, recouverts d'un vernis d'apparence endothéliale qui les confond dans un même aspect.

Les sutures de l'orifice avivé, qui accolent et ferment de ce côté les béances des vaisseaux et de leur gaine, sont insuffisantes pour la réparation complète des lésions. La balle a complètement traversé le faisceau artério-veineux, et du côté opposé à la lésion constatée, un autre orifice, en partie cicatrisé, mais insuffisamment solide, va se laisser forcer, et un nouvel anévrisme se développe au pôle opposé (interne et profond).

La collerette cellulaire annexée à l'orifice de ce côté, et qu'on peut voir sur la pièce, montre bien que de ce côté il y avait une cicatrice provisoire qui s'est laissé forcer par le retour de la pression sanguine.

Donc, neuf jours après la première opération, le creux poplité est de nouveau tendu et animé de souffle et de battements. L'opération montre que les points de suture ont tenu, mais que du côté opposé du vaisseau s'est développée une poche nouvelle, antérieure et intérieure, communiquant avec la bourse du jumeau interne qui concourt à la former.

Cet anévrysme artério-veineux est traité par incision et ligature des quatre extrémités vasculaires.

La fusion absolue de la gaine avec l'artère et la veine oblige à placer les ligatures très loin sur les vaisseaux, et la résection porte sur toute l'étendue de l'artère, depuis la sortie du canal de Hunter jusqu'à l'anneau du soléaire.

Malgré cette résection fort étendue chez un homme déjà âgé dont le creux poplité est pour la seconde fois en dix jours le siège d'une opération sérieuse, la guérison a lieu sans incident par première intention, et le résultat définitif est excellent : cet homme a repris son travail.

Cette observation vient à l'appui de ce fait aujourd'hui bien établi qu'il y a peu de gravité à lier ou réséquer les gros vaisseaux des membres quand les suites opératoires sont entièrement aseptiques.

Mais elle démontre en outre les difficultés et les inconvénients de la suture artérielle dans ces traumatismes graves ou anciens.

En fait, M. Le Fort a eu tort de recourir ou de vouloir recourir à une suture artérielle pour une plaie datant de deux ans ; il aurait mieux fait de pratiquer de suite la ligature à laquelle il dut venir un jour. Mais je me garderais bien de lui faire un reproche de sa conduite : car pour la critiquer, je me base sur un renseignement qu'il me donne et peut-être qu'en présence d'un orifice net et d'apparence vasculaire comme celui qu'il rencontra lors de sa première opération, j'aurais été moi même tenté d'y apposer une suture : mais dans ces plaies anciennes, la suture est une très mauvaise chose : déjà dans les plaies récentes et nettes, il n'est pas établi qu'elle soit de beaucoup supérieure à la ligature, et notre dernière discussion sur ce sujet a soulevé bien des réticences sur l'avenir de la suture. Mais où l'on doit cesser de la mettre en discussion, je pense, c'est à propos des plaies anciennes, multiples, compliquées. Ici la suture est difficile, l'altération des tissus ne permet pas de toujours bien reconnaître, et je pense qu'en ces circonstances, toujours la ligature sera préférable.

C'est l'enseignement le plus sérieux qui se dégage de l'observation de M. Le Fort. et je vous demande de le remercier de nous l'avoir donné.

Ankylose de l'épaule traitée par interposition musculaire, par M. Coville (d'Orléans).

Rapport par M. NÉLATON.

M. Coville (d'Orléans) nous a adressé une observation fort intéressante d'ankylose de l'épaule traitée par la résection de la tête humérale et l'interposition d'une bandelette musculaire empruntée au deltoïde.

Voici, très brièvement résumée, l'observation de M. Coville. Une jeune femme de 22 ans présente une ankylose « complète » de l'épaule, « consécutive à un traumatisme sur la nature duquel il a été impossible d'être fixé ». Au moment où M. Coville voit la malade, cette jeune fille peut à peine se servir de son bras; « il lui est impossible de se coiffer et d'attacher sa jupe par derrière.

Les mouvements provoqués d'abduction, de projection en avant ne se font que dans une très minime étendue et seulement à la faveur de la mobilité propre de l'omoplate. Spontanément, la malade est incapable de détacher le bras du corps ».

Le 19 mai 1903, M. Coville fait l'opération suivante : « Incision de 10 centimètres environ, commençant au-dessous de la clavicule, passant exactement en dehors du bec de la coracoïde et descendant sur le bras suivant la direction du deltoïde... Un grand travers de doigt en dehors de l'interligne pectoro-deltoïdien, le deltoïde est incisé dans l'étendue de la plaie cutanée. » L'articulation est découverte, la capsule incisée à l'ordinaire, et M. Coville fait sauter d'un coup de ciseau la tête humérale, en la sectionnant au niveau du col anatomique. Elle est trouvée irrégulière et dépourvue de cartilage de même que la cavité glénoïde.

Alors « la bandelette du deltoïde comprise entre l'incision et le sillon pectoro-deltoïdien large d'un bon travers de doigt et longue de 10 centimètres est coupée en travers en bas, elle reste au contraire adhérente en haut pour l'engager entre la cavité glénoïde et la surface humérale coupée au ciseau ». M. Coville « perfore avec une sonde cannelée la partie postérieure de l'articulation dans son tiers inférieur, de façon à éviter le circonflexe. Une contre-ouverture au bistouri est faite à ce niveau, et par cette nouvelle voie est passé le fil qui chargeant en anse l'extrémité de la languette musculaire vient en se serrant l'appliquer dans le fond de l'articulation ».

La cicatrisation de la plaie marcha à souhait, et dès le troisième jour, on commença la mobilisation de la jointure.

Aujourd'hui, voici quel est le résultat obtenu : « La malade peut *projeter* son bras en avant et en arrière, exercer sa profession de corsetière, et, d'une façon générale, se rendre à elle-même les services qu'elle ne pouvait se rendre autrefois. Mais l'abduction est limitée. »

M. Coville fait suivre son observation de plusieurs réflexions, et entre autres de celle-ci :

On pourra objecter, nous dit-il, que pour une « articulation aussi facilement mobilisable, l'interposition musculaire est superflue, et qu'une bonne résection suffira toujours à procurer un résultat fonctionnel satisfaisant. Mais j'ai pensé que ce procédé me permettrait de faire une résection très économique et de respecter ainsi la forme de l'épaule, tout en en assurant la fonction. Autre chose en effet est de réséquer une articulation pour lésions graves de ses parties constituantes, autre chose de réséquer une articulation ankylosée. Dans le premier cas, l'opération a pour but capital de supprimer des parties malades; dans le

second, ce sacrifice n'est qu'un moyen de mobilisation, il importe donc de le réduire au minimum. »

Dans l'opération que j'ai faite, je n'ai pas péché par excès. Ai-je péché par défaut, et ne voulant pas réséquer beaucoup, ai-je réséqué trop peu? je ne le pense pas, puisque l'articulation mobilisée passivement jouit de tous ces mouvements.

L'observation de M. Coville me paraît extrêmement intéressante et instructive. Il est tout d'abord avéré que M. Coville a rendu un grand service à sa malade, qu'il lui a rendu l'usage de son membre et qu'elle a pu reprendre son métier.

Au point de vue qui est particulièrement visé dans l'observation de M. Coville, l'interposition musculaire, son rôle utile est mis en relief par la conservation du mouvement avec une résection très limitée.

M. Delorme. — D'après l'inspection de l'une des photographies que vient de nous montrer M. Nélaton, il semble, à voir la déformation thoracique pendant les mouvements d'abduction de l'épaule et l'aspect du moignon de cette épaule, que les mouvements s'exécutent sinon en totalité, au moins en presque totalité entre l'omoplate et le thorax.

M. Routier. — Je me demande s'il faut, quand on veut obtenir des mouvements après résection d'une articulation, viser à la résection économique ou, au contraire, faire la résection large.

Dans le courant de cette année, j'ai eu à traiter un cas assez délicat; il s'agissait d'un charretier de quarante-quatre ans chez lequel on avait méconnu une luxation de l'épaule cinquante jours avant le moment où on me l'adressa avec prière de réparer, si possible, les désordres persistants.

Une tentative de réduction avait été essayée sans résultat au trente-huitième jour.

Quand je vis ce malade, il était réellement infirme, car son bras, collé au thorax dans sa partie supérieure, était absolument impotent.

Après avoir pris conseil précisément auprès de mon ami Nélaton, je me décidai à pratiquer la résection de l'épaule.

Mais je fus circonvenu, on me poussa à essayer à nouveau la réduction par les machines.

Je fis une première tentative avec l'aide de M. Collin; nous tirâmes sans résultat à 120 kilogrammes, ce qui ne donna aucune lésion apparente ni des parties profondes ni des parties superficielles.

M. Hennequin, qui venait dans mon service, me persuada

qu'avec son appareil on obtiendrait ce qu'on n'avait pas obtenu par celui de M. Collin.

Je me laissai persuader, et nous fîmes une seconde tentative; nous montâmes à 140; après moi, même M. Hennequin monta à 180, toujours sans résultat, je me trompe : il fallut attendre trois longues semaines pour laisser guérir les lésions tant cutanées que profondes, laisser résorber l'épanchement sanguin qui fut énorme.

Enfin, le 10 février, je pratiquai la résection.

Il n'est pas étonnant que les tentatives de réduction n'aient pas abouti; il n'y avait plus traces d'articulation, plus de cavité glénoïde, plus de capsule.

Je sectionnai l'humérus et tentai des mouvements; ne les trouvant pas suffisants, je réséquai à nouveau l'humérus; ce n'était pas encore satisfaisant. Enfin je sectionnai au niveau au moins du col chirurgical, refoulant ou réséquant partout le périoste et tout ce qui ressemblait à des tissus fibreux.

Les suites furent simples; le malade est sorti de mon service faisant des mouvements; je sais qu'il a pu reprendre son métier et qu'il est satisfait du résultat. Si je puis le faire revenir, il est malheureusement en province, je tâcherai de vous l'amener après l'avoir fait radiographier.

M. Quénu. — Il faut apporter la plus grande précision dans l'appréciation des résultats de résections de l'épaule pour luxation ancienne. Personnellement, j'ai fait des résections larges et cependant mes résultats ont été médiocres. Mes malades exécutaient les mouvements de propulsion et de rétropulsion, mais l'abduction était fort limitée.

M. Pierre Delbet. — Deux mots seulement pour m'associer à ce que vient de dire M. Quénu.

J'ai fait autrefois un mémoire sur les luxations anciennes et irréductibles de l'épaule : j'y ai défendu la résection et je suis toujours convaincu que c'est elle qu'il faut faire lorsque l'humérus luxé est immobilisé. Mais je dois dire que les résultats n'en sont pas parfaits.

J'ai fait quelques résections pour des luxations anciennes de l'épaule; j'ai toujours fait des résections larges en me basant comme mon ami Routier sur la possibilité de faire exécuter au bras pendant l'opération elle-même des mouvements passifs étendus. Malgré cela je n'ai pas obtenu de résultats pleinement satisfaisants. Comme l'a dit M. Quénu, les mouvements de propulsion et de rétropulsion sont possibles, faciles; mais il y a deux mouvements qui restent limités, ce sont l'abduction et la rotation.

M. Nélaton. — Je ne pense pas que la mobilité de la tête humérale dans l'articulation scapulo-humérale puisse être contestée, car les photographies qui sont entre nos mains montrent une étendue de mouvements qui ne pourrait être donnée par la seule mobilité de l'omoplate. D'ailleurs, M. Coville nous déclare avoir constaté la liberté absolue des mouvements communiqués.

Tumeur de la paroi abdominale résultant de la migration des calculs biliaires, par le Dr Mordret fils (du Mans).

Rapport par M. MICHAUX.

La très intéressante observation de M. le Dr Mordret du Mans nous révèle une phase peu connue de la migration des voies biliaires à travers les parois de l'abdomen.

Cette migration cutanée constitue, on le sait, une des complications les plus fréquentes de la lithiase biliaire. Dans son travail, sur *les calculs biliaires*. J.-L. Petit en a pour ainsi dire fixé tous les détails; il avait fort bien vu et fort bien décrit le petit trajet intermédiaire entre la tumeur de la paroi et la vésicule calculeuse, ainsi que l'induration de la paroi, la fusion du tissu « squirrheux » avec les parties voisines.

Mais ce que l'on observe le plus souvent c'est le trajet induré allant jusqu'à la peau où il s'ouvre ou va s'ouvrir.

La tumeur bien limitée de la paroi abdominale non adhérente à la peau est très rarement observée. Mon interne M. Sénéchal a vainement feuilleté les Bulletins de la Société anatomique et les principaux traités des maladies du foie. Il n'a trouvé aucune observation de ce genre.

Mais j'ai observé moi aussi un fait absolument superposable à l'observation de notre confrère le Dr Mordret. Il y a une dizaine d'années au petit hôpital Saint-Michel, j'ai opéré dans les mêmes conditions une tumeur de la paroi abdominale chez une femme grasse; cette tumeur du volume d'une petite poire, d'aspect fusiforme siégeait aussi dans la région de la fosse iliaque droite.

Lorsqu'elle fut séparée de la couche graisseuse ambiante avec laquelle elle présentait les connexions les plus étroites, je constatai qu'elle adhérait au plan musculo aponévrotique qu'elle traversait au niveau du bord externe du muscle droit; une incision nous conduisit dans le ventre sur une vésicule calculeuse dont je pratiquai séance tenante l'extirpation.

C'est cette conduite que j'aurais voulu voir suivre par M. Mor-

dret, car elle aurait mis sa malade à l'abri de toute récidive, ce qui n'a pas été aussi bien réalisé à mon sens par la cholécystostomie pratiquée. Je sais bien que l'évolution ultérieure de la maladie a démontré la persistance d'accidents biliaires et l'élimination ultérieure de calculs, mais je pense qu'une grande partie des accidents eut été évitée par la cholécystectomie. M. le Dr Mordret y avait d'ailleurs songé; il s'est prononcé pour la cholécystostomie, il a eu sans doute de bonnes raisons pour le faire. La critique légère que je lui adresse est surtout théorique et n'enlève rien à l'intérêt de cette observation qui démontre qu'on peut de temps à autre rencontrer des tumeurs de la paroi abdominale droite qui sont des tumeurs biliaires dues à la migration des calculs.

Les deux faits que je viens de citer méritaient donc d'être connus et nous devons remercier M. le Dr Mordret de son intéressante observation.

Mme J... vient pour la première fois me consulter en décembre 1899. Agée de vingt-quatre ans, elle n'a pas de passé pathologique. Bien réglée, elle a trois enfants; les couches ont été normales, elle ne s'est jamais soignée jusqu'en juillet dernier, mais elle avait cependant de temps à autre quelques troubles digestifs.

Sans cause connue, elle est prise le 20 juillet de violentes crises d'estomac; douleurs, envie de vomir, mais sans résultat. La température prise monta à 38 degrés. Au bout de vingt-quatre heures, la douleur d'estomac cesse, mais le côté droit du ventre devient douloureux et les douleurs prennent une grande acuité dans tout ce côté; le ventre se ballonne et la température est de 39 degrés. Cet état se calme peu à peu et au bout de dix jours, la malade se lève et reprend son travail quoique péniblement. Elle souffre surtout dans les jambes, tout effort est douloureux, pomper de l'eau plus particulièrement, et elle remarque que son teint est devenu un peu jaune. Vue dès le début des accidents par deux médecins, le premier a cru à des phénomènes d'appendicite; le second qui la suivit pendant plus longtemps, s'est rattaché à une affection du foie, trouvant, m'a-t-elle dit, une tuméfaction volumineuse à ce niveau.

Remise, peu à peu, elle constate vers la fin de septembre, deux grands mois après les premiers accidents « quelque chose de gros au-dessous des fausses côtes ». Elle ne peut rien appuyer contre elle, cette grosseur étant douloureuse à la pression. Elle reconnaît aussi que cette tumeur jouit d'une certaine mobilité et elle remarque qu'elle descend progressivement, pour atteindre en l'espace de deux mois, le point où elle est fixée aujourd'hui. Cette évolution s'est faite sans crise, mais il y a quelques légères souffrances dans les jours qui précèdent ses époques.

Je constate une tumeur dure du volume et de la forme d'un œuf, siégeant dans la paroi abdominale, presque parallèle à l'arcade crurale

et à trois travers de doigt au-dessus d'elle. Cette tumeur nullement sensible, est adhérente aux tissus profonds et d'autre part la peau ne se laisse pas plisser au-dessus d'elle.

Quant à la région de la vésicule, ni la palpation, ni la pression profonde dans la direction du canal cystique ne présentent rien d'anormal. La malade n'a aucune trace d'ictère.

Je crus devoir rétrospectivement porter le diagnostic de colique hépatique pour expliquer les premiers accidents survenus chez cette malade. Mais les deux mois de santé relative, fin de juillet à fin de septembre, qui s'étaient écoulés entre la crise de colique hépatique et l'apparition de la tumeur m'empêchèrent d'affirmer qu'il y ait corrélation entre les deux. Je conseillai toute fois, l'ablation de cette tumeur et l'opération eut lieu le 18 décembre.

L'incision conduit sur un tissu infiltré qui commence à se ramollir et présente quelques gouttes de pus. Mais on sent au centre une résistance toute particulière. Je dissèque cette masse et j'en retire deux calculs; l'un volumineux, gros comme une grosse cerise, l'autre plus petit est fragmenté.

Continuant à isoler le tissu induré, je prolonge l'incision par en haut, et j'isole bientôt un conduit dans lequel pénètre facilement la sonde cannelée et qui remonte vers la vésicule. Je mène la dissection de ce canal jusqu'à l'endroit ou il devient intra-abdominal, un peu au-dessus de la ligne réunissant l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et là je la fixe à la peau, après avoir réuni par des sutures toute l'étendue de la plaie. Je n'ai pas vu de bile pendant l'opération. Le premier pansement est fait le surlendemain et est taché d'un peu de bile, les urines sont très légèrement ictériques.

Les jours suivants, la quantité de bile émise par la fistule augmente, les urines deviennent franchement ictériques et les matières décolorées; cet état persiste quelques jours, mais peu après tout rentre dans l'ordre. La fistule ne rend plus que quelques gouttes et la malade quitte la maison de santé sans avoir présenté aucun accident.

Elle resta parfaitement bien jusqu'en avril; cependant la fistule nécessitait un pansement qui était presque tous les jours légèrement taché. Le 8 avril cette malade est reprise soudainement de coliques et s'aperçoit qu'elle a de l'ictère, elle est obligée de prendre le lit le 11. Les douleurs redeviennent vives au-dessous du foie; on sent une grosseur entre lui et la fistule qui est complètement tarie, mais est le siège d'une violente sensation de brûlure. Le 17 exaspérée par la douleur et la cuisson qu'elle ressent, la malade presse fortement autour de sa fistule et il s'échappe une assez grande quantité de bile, ce qui lui procure un soulagement immédiat, mais momentané. La nuit est mauvaise et elle trouve le matin que sa fistule a un aspect noirâtre. Les douleurs sont vives; quand sous l'influence d'un accès de toux, elle rejette au dehors un calcul biliaire semblable et de même volume que celui que j'avais enlevé. La crise fut immédiatement calmée; l'état général redevient excellent. Cette malade est revenue me voir le 22 avril pour m'apporter son calcul; la fistule semble tarie, on sent un petit cordon

remontant de son orifice extérieur vers la vésicule. L'examen n'est nullement douloureux.

Je n'eus pas de nouvelles de Mme J., jusqu'au 20 mai 1902; elle m'écrivit à cette époque qu'elle avait une nouvelle grosseur qui augmentait depuis quelque temps. Ayant demandé à la revoir, elle revient à ma clinique le 28 mai dernier. Depuis qu'elle a rendu son second calcul le 28 avril 1900, elle n'a éprouvé aucune douleur du côté de sa vésicule, mais elle a remarqué peu à peu, au niveau du point où est sorti le calcul, c'est-à-dire au point ou elle avait eu une fistule biliaire, une petite grosseur non douloureuse, qui n'existe pas d'une manière permanente et qui rentre à la pression. Cette grosseur augmente et en ayant souffert un peu ces temps derniers, elle s'est décidée à m'en informer. Il s'agit d'une éventration herniaire, ayant acquis aujourd'hui le volume d'un œuf. Elle rentre facilement et l'orifice permet l'introduction du doigt. Quand à la vésicule biliaire, elle reste absolument indolore et l'état général de la malade est excellent.

Examinons maintenant la conduite que j'ai tenue dans cette opération, puis le fait en lui-même. Etant donné que j'étais en face d'un cas très anormal de migration de calculs biliaires, je pouvais ou faire le simple abouchement du conduit à la paroi et créer délibérément une fistule biliaire selon toute apparence, et c'est ce que j'ai fait; ou poursuivant la dissection de mon conduit dans son trajet intra-abdominal, faire une cholécystostomie ou une cholécystectomie suivant le cas. Bien que ma sonde cannelée s'introduisit dans la direction de la vésicule, je n'étais pas certain que la bile sortirait par cette ouverture, puisqu'il n'en est pas sorti du tout au moment de l'opération et je pouvais espérer, si la fistule biliaire se formait, qu'elle se tarirait seule étant donné le long trajet qui la séparait de la vésicule. J'étais convaincu, d'autre part, que si une nouvelle colique hépatique survenait, le calcul reprendrait le chemin du précédent et viendrait, comme il l'a fait en réalité, sortir au niveau de la fistule. Il m'a semblé qu'il serait toujours temps par une opération nouvelle, d'attaquer directement la vésicule si des accidents se produisaient. Une autre raison qui m'a fait agir comme je l'ai fait, c'est que les tissus environnant les calculs commençaient à s'abcéder; j'étais dans un milieu infecté et toute opération abdominale eut, de ce fait, pris une gravité plus grande. Je rappelle, du reste, que la malade était à sa première crise hépatique, que la région de la vésicule n'était nullement douloureuse et que l'on ne pouvait affirmer que la vésicule renfermât d'autres calculs. Etant donnée la seconde crise qu'a présentée la malade quatre mois après mon intervention et la simplicité avec laquelle le calcul est sorti, je me félicite de m'être borné à l'acte chirurgical le plus simple. Si les crises s'étaient rapprochées, si la malade avait présenté quelques symptômes de rétention biliaire, la cholécystostomie m'aurait donné très probablement un excellent résultat, mais elle était inutile.

Voilà plus de deux ans que cette malade est guérie, qu'elle n'a eu aucune douleur du côté de la vésicule. Le fait que la fistule formée après l'opération s'était tarie de suite après la sortie du second calcul,

semble bien prouver qu'elle était entretenue par ce dernier et que, lui sorti, la vésicule n'en renfermait pas d'autre.

Quant au fait en lui-même qu'il m'a été donné d'observer, il reste exceptionnel.

Parmi les migrations anormales des calculs biliaires, les fistules cutanées sont considérées comme rares, mais la manière dont s'est produite celle-ci est tout à fait exceptionnelle.

Il y a quelques années, j'opérais avec un heureux succès une malade en pleine péritonite suite de coliques hépatiques. Je trouvais un phlegmon sous-vésiculaire, une vésicale perforée et il n'est pas douteux que ce phlegmon se fut fait issue à la peau et aurait constitué une fistule si la malade n'avait résisté aux dangers immédiats qu'elle courait. Les phénomènes avaient nettement commencé par une cholécystite aiguë chez une femme ayant déjà des coliques hépatiques depuis longtemps. Telle est en effet la marche habituelle que l'on observe. Rien de semblable ici. Notre malade n'avait jamais eu de coliques hépatiques. Elle a présenté des phénomènes péritonéaux au moment de l'issue de son calcul, mais assez peu tenaces pour pouvoir reprendre son service après dix jours de repos. Elle ne constate à aucun moment alors la présence d'une tumeur et ce n'est que deux mois après qu'elle remarqua, sans avoir eu de nouvelle crise, une tuméfaction mobile au-dessous de la région hépatique. Peu à peu cette grosseur descend pour finalement se fixer, cinq mois après le début des accidents, un peu au-dessus du pli de l'aine, situation qui par rapport aux fistules cutanées est également une exception. La migration de ces calculs s'est faite d'une manière aseptique. La bile avait perdu toute communication avec le siège du cholélithe ; on ne peut regarder comme une complication de phlegmon biliaire ce très léger ramollissement des tissus autour d'un corps étranger volumineux tendant naturellement à se faire jour au dehors.

Je dois également noter la disposition du trajet fistuleux qui resté cutané dans une partie de son étendue, traversait l'aponévrose abdominale à quelques millimètres d'une ligne tirée de l'épine iliaque supérieure à l'ombilic et suivait alors un trajet sous-péritonéal.

C'est précisément à la disposition de ce canal fistuleux qu'on doit demander la cause du nouvel accident survenu chez une malade.

Cet accident d'éventration constitue une petite complication et réclamera une nouvelle intervention que la malade refuse actuellement. Il y a eu au niveau où le conduit fistuleux devenait intra-abdominal, un point de moindre résistance et la fixation à la peau a très probablement formé un petit repli péritonéal, point d'appel pour la formation de la hernie.

Ne doit-on pas considérer cette malade comme complètement guérie? Il est évident qu'elle peut refaire des coliques hépatiques, mais rien ne saurait le faire préciser. Elle reste prévenue des dangers qu'elle peut courir et de la nécessité qu'il y aurait d'intervenir au cas d'accidents graves.

Je suis loin d'avoir voulu, en donnant cette observation, éloi-

gner de l'intervention radicale dans les fistules biliaires cutanées; je crois même avoir signalé un cas très exceptionnel, et n'est-ce pas le cas de répéter que l'exception confirme la règle; car le Dr Chauffard résume, il me semble, en d'excellents termes la question, quand il dit : « Les fistules cutanées biliaires constituent un mauvais mode de guérison naturelle en ce sens que la déhiscence externe se fait par un trajet presque toujours étroit, irrégulier, sinueux, qui permet difficilement l'élimination complète des cholélithes et expose aux infections secondaires par le canal fistuleux.

Rétention biliaire par calcul. Cholédochotomie, persistance des accidents. Hépaticolithotripsie. Guérison, par M. MARCEL BAILLET, chirurgien à Orléans.

Rapport par M. MICHAUX.

L'observation de M. le Dr Baillet (d'Orléans) est une observation intéressante de cholédochotomie avec suture.

Guérie opératoirement sans fistule mais avec un résultat fonctionnel nul, à cause d'un calcul plus profond qu'il a fallu traiter neuf jours après par l'*hépaticolithotripsie.*

Je ne suis pas très partisan, pour mon compte, de ces broiements de calculs, de ces thripsies aveugles. On les fait quand on ne peut pas faire autre chose; ce sont des opérations de nécessité dont on ne se rend pas bien compte sur le moment même et qui ne deviennent bonnes que par le résultat ultérieur.

Je n'ai jamais eu, pour ma part, l'occasion d'en faire; j'ai toujours bien trouvé le calcul et j'ai pu l'enlever. J'en ai même extrait 18 par une même ouverture du cholédoque.

Mon collègue Quénu et moi avons insisté longuement sur la bonne exploration de ce conduit, sur l'attraction du canal et du calcul par le doigt placé dans l'hiatus de Winslow.

J'ai insisté particulièrement sur l'attraction par la vésicule, et au besoin sur l'incision de proche en proche du canal cystique.

J'ai fait 12 cholédochotomies; dans ces 12 opérations, j'ai fait la suture du cholédoque; je l'ai faite sans trop de difficultés et les résultats ont été très satisfaisants. Pour plus de sécurité, j'ai laissé un drain au contact de la suture, et trois ou quatre fois j'ai eu pendant deux ou trois jours un léger écoulement biliaire; mais cette fistule n'a jamais persisté plus de quinze jours et les résultats opératoires et fonctionnels ont été excellents.

Je ne nie pas cependant qu'il y ait des cas sérieux où la non-

suture préconisée par mon collègue Quénu soit excellente. Je suis tout prêt, pour ma part, à y recourir le cas échéant; je dis seulement que je ne l'ai pas employée jusqu'ici et que je ne m'en suis pas mal trouvé.

Elle me paraît indiquée dans les cas où la température, le pouls, l'état général, l'aspect du foie feraient craindre une infection biliaire sérieuse.

Lorsqu'il s'agit d'un cas simple, d'une obstruction calculeuse cholédocienne n'ayant occasionné que des troubles mécaniques de circulation biliaire, je crois que la suture peut être faite; je la dis facile, faisable et bonne, et je continuerai à la pratiquer toutes les fois que j'en trouverai l'occasion.

Tel n'a pas été tout à fait le cas de M. Baillet (d'Orléans). Notre confrère a parfaitement fait sa cholédochotomie; il a trouvé un calcul du cholédoque, il l'a extrait, il a constaté ensuite que les voies biliaires sous-jacentes étaient perméables, il a fait la suture et celle-ci a parfaitement tenu. Mais M. Baillet s'est trouvé en présence d'une de ces lithiases ascendantes sur lesquelles j'ai insisté longuement à la Société de Chirurgie il y a quelques années, comme il s'en forme parfois en arrière d'un canal du cholédoque, et il a dû faire une seconde intervention pour broyer le calcul. Ceci s'est fait avec grandes difficultés, d'une façon fort aveugle. Il est sorti des débris de calculs et la malade s'est parfaitement guérie. C'est le point essentiel, et nous ne pouvons que féliciter M. Baillet de sa conduite, de sa courageuse réintervention et surtout du bon résultat obtenu.

Mme S..., quarante-cinq ans, était une femme très vigoureuse, un peu obèse, d'une très belle santé habituelle. Il y a trois ans, je l'avais opérée d'un assez volumineux kyste de l'ovaire; depuis, elle s'était très bien portée. Elle a eu, à d'assez longs intervalles, plusieurs accès de coliques hépatiques atténuées sans ictère.

Au mois de novembre 1902, je la revis à l'occasion d'un ictère qui datait de quelques jours, et qu'il me fut facile d'attribuer à une obstruction calculeuse du cholédoque; l'administration de 300 grammes d'huile d'olive amena la recoloration des selles qui restèrent colorées les jours suivants. Ce ne fut pas pour longtemps. Quinze jours plus tard, de nouveau les selles furent décolorées; après quelques jours d'attente, une dose d'huile fut de nouveau administrée, mais cette fois, elle ne produisit aucun résultat. Pendant les six semaines qui suivirent, divers modes de traitement furent institués (calomel, lavements froids), mais ne donnèrent aucun résultat; la malade entra alors fin décembre, deux mois après le début de l'ictère, à ma clinique pour être opérée. La veille du jour où l'opération devait être faite, la malade eut une selle absolument jaune, colorée par la bile; en présence de ce fait, sans

pouvoir affirmer la désobstruction du cholédoque, je crus devoir surseoir à l'opération.

La malade rentra chez elle, mais le plaisir de voir ses selles colorées ne lui fut pas donné longtemps; trois jours plus tard, je constatai de nouveau la complète obstruction du cholédoque.

Que s'était-il passé? Fallait-il croire que le calcul obstructeur ayant fait la migration, un nouveau calcul était venu le remplacer et obstruer à son tour le canal biliaire, et que cet épisode s'était produit deux fois. Ou bien n'expliquait-on pas mieux les choses par la tuméfaction intermittente de la muqueuse enflammée s'appliquant sur le calcul pour compléter l'obstruction ou laissant en se décongestionnant un passage à la bile. C'est cette hypothèse qui m'apparut comme certaine. Cette fois, la malade n'accepta pas l'opération que je lui proposai; un autre médecin fut appelé qui lui promit la guérison par l'administration du fiel de bœuf.

Six mois plus tard (juin 1903), je fus rappelé près d'elle. Elle avait considérablement maigri, sa peau était d'un vert tirant sur le noir, les urines avaient la couleur de l'encre, les selles absolument décolorées étaient fétides, la langue couverte d'un épais enduit, l'haleine fétide. Le foie très volumineux descendait jusqu'à l'ombilic, on ne sentait pas la vésicule. Assez souvent, le soir, la malade était prise brusquement de frissons qui attestaient l'infection des voies biliaires.

Le jour même, la malade entrait à ma clinique et je l'opérai deux jours plus tard, le 13 juin 1903.

Première opération. — A droite de la ligne médiane sur le milieu du grand droit je fis une laparotomie verticale de 15 centimètres commençant sur le rebord costal; je fis récliner fortement le foie en haut avec une valve vaginale, et j'aperçus alors le fond de la vésicule à environ 4 centimètres du rebord hépatique; elle était rétractée sur un gros calcul du volume d'une noisette; sa libération et celle du cystique se fit facilement; ce dernier conduit renfermait plusieurs gros calculs. Lorsque je crus être arrivé au niveau du cholédoque je recherchai l'hiatus de Winslow; il était obstrué par des adhérences, mais j'arrivai assez facilement à les effondrer, à introduire dans l'ouverture mon doigt et à charger le pilier antérieur.

En haut, près de l'abouchement du cystique, je sentis un gros calcul; la paroi du cholédoque fut incisée nettement à ce niveau sous le contrôle de la vue et facilement un calcul du volume d'une noisette fut extrait; je fis la remarque qu'il ne s'écoula qu'une petite quantité de bile et surtout de mucus; par l'ouverture je cathétérisai facilement le cholédoque avec un hystéromètre qui pénétra de 15 centimètres vers le duodénum, mais je ne pus pas parvenir à faire le cathétérisme des voies biliaires supérieures; néanmoins l'exploration avec le doigt porté derrière le pédicule du foie ne me faisant rien sentir d'anormal, je passai outre; je fis la résection de la vésicule et du cystique qui fut laissé largement ouvert afin de me conserver un orifice de drainage qui me permettrait de faire avec sécurité la suture du cholédoque, ce que

je fis et ce qu'il fut facile de faire; deux gros drains furent placés l'un sur la section du cystique, l'autre sur la suture du cholédoque.

Les suites furent excellentes, mais les selles restèrent décolorées et pas une goutte de bile ne passa par la plaie. Ces faits ne pouvaient s'expliquer que par la persistance de l'obstruction des voies biliaires par une cause siégeant dans l'hépatique; ce devrait être un calcul que je n'avais pas senti par mon exploration, peut-être était-ce lui qui avait empêché le passage de mon cathéter. J'attendis cependant huit jours avant de rouvrir le ventre; c'était trop, il suffisait d'attendre que la malade ait repris quelque force; pour cela quatre à cinq jours auraient convenu, et en attendant huit jours je devais me créer des difficultés opératoires que je n'aurais peut-être pas rencontrées ou qui eussent été moindres si j'avais opéré plus tôt.

Deuxième opération. — Le 22 juin, neuvième jour. Incision dans la cicatrice. Les tissus sont extrêmement adhérents et il est d'autant plus difficile de s'y reconnaître que la vésicule n'est plus là pour servir de guide et qu'il n'y a pas de ligature sur le pédicule qui me permette de le reconnaître; la plaie d'abord très étroite formant un puits au fond duquel on ne voit rien s'élargit peu à peu sous l'influence de la traction produite par les écarteurs et finit par récupérer à peu près les dimensions qu'elle avait au moment de la première intervention; le fond en est alors suffisamment visible, les tissus y ont un aspect uniforme, aucun organe ne se différencie. Fort heureusement j'arrivai à retrouver l'hiatus de Winslow dans lequel j'introduisis le doigt; j'avais alors sur la pulpe du doigt le pilier antérieur sous l'aspect d'un gros cordon blanchâtre dont aucun organe composant n'apparaît ni ne se différencie; prudemment, avec le bistouri j'essaye de le dissocier et je mets bientôt à nu un conduit bleuâtre du volume du petit doigt que je dissèque et que j'isole sur une longueur de 4 centimètres, c'est la veine porte que je fais récliner à gauche; j'incise alors franchement à droite d'elle et je pénètre dans une cavité de laquelle s'écoule du mucus, je suis dans le cholédoque; ces recherches furent très longues elles durèrent trois quarts d'heure; le bistouri entaillant plusieurs fois le cholédoque l'avait dilacéré au point qu'il se déchira, laissant un intervalle de plus de un centimètre entre ses deux extrémités. Le cathétérisme du bout duodénal fut fait facilement avec le même hystéromètre malléable qui m'avait précédemment servi; quand j'essayai de cathétériser l'hépatique je fus arrêté tout de suite par une valvule, semble-t-il, car je n'avais aucunement la sensation d'un calcul; après plusieurs tentatives inutiles je fis l'exploration méthodique des canaux hépatiques; un doigt (main gauche) étant introduit derrière le pédicule du foie, j'explorai avec mon doigt de la main droite palpant successivement tout ce pédicule soulevé par le doigt de la main droite; je ne sentis rien; cette exploration fut faite et refaite sans résultats. Je tentai de nouveau le cathétérisme et cette fois mon hystéromètre pénétra à une profondeur de 12 centimètres, et son retrait s'accompagna d'issue de bile au milieu de laquelle se trouvaient les fragments d'un calcul brisé en une

dizaine de morceaux qui par leur masse avaient le volume d'une petite noix. Dans la crainte qu'il n'y en ait d'autres je fis avec mon cathéter une sorte de ramonage du conduit qui provoqua l'issue de quelques fragments et d'un peu de bile; maintenant à tous coups mon cathéter pénètre profondément et avec une très grande facilité, c'est donc qu'il était auparavant arrêté par ce calcul que je n'avais pas senti. Quel a été l'agent du broiement qui en a permis l'issue? le cathéter ou les doigts? Je ne peux que formuler une opinion dont je n'ai pas la preuve, il me semble que ce sont plutôt les pressions des doigts qui ont désagrégé le calcul.

Cette fois, le cholédoque ne fut pas suturé, et, de toute façon, je n'aurais pas essayé d'en faire la suture, car son ouverture était maintenant la seule voie de décharge ; d'ailleurs, cette suture était impossible, car le canal se trouvait complètement sectionné, et je ne pus même pas faire le rapprochement des deux extrémités du segment postérieur distantes d'environ un centimètre, les fils coupaient aussitôt que je serrais.

Un gros drain fut mis, dont l'extrémité venait au cholédoque, et la paroi fut suturée. Les suites furent très bonnes.

Dès le premier jour, il se fit un abondant écoulement de bile par la plaie, et le quatrième jour il y eut une selle colorée. Dès lors, l'état général s'améliora, les selles perdirent leur fétidité et reprirent une coloration noir ardoise, non absolument la coloration normale. Le drain raccourci d'abord fut supprimé au bout d'un mois. L'écoulement de bile par la plaie cessa aussitôt, et quatre jours plus tard la plaie était fermée. Le foie, à ce moment, avait beaucoup diminué de volume, l'ictère, chose notable, était toujours très intense. Les selles avaient toujours cette même coloration ardoise et étaient, en somme, peu colorées. L'appétit est excellent, la langue bonne.

Le 3 septembre. — La malade est dans un état général satisfaisant, elle paraît avoir engraissé, son appétit est bon, ses digestions se font assez bien; cependant, elle a toujours de l'ictère, et le foie reste volumineux ; les selles ne sont pas absolument décolorées, mais elles sont grises; elles contiennent de la bile, mais en faible quantité ; il semble donc que la bile passe, mais incomplètement. Ce passage de la bile est démontré : 1° par la diminution progressive de l'ictère ; 2° par la légère coloration des fèces et la régularité de la digestion intestinale; 3° par la production ces jours-ci d'un vomissement bilieux; d'autre part, la rétention biliaire me paraît prouvée par la persistance d'ictère, par le volume du foie.

Un obstacle existe encore, je pense que c'est un calcul intra-hépatique qui obture une ramification biliaire importante, peut-être un des canaux hépatiques ; si, en effet, le calcul était dans le cholédoque, il y a longtemps que la cicatrice du cholédoque se serait rompue, et qu'un épanchement de bile se serait produit.

10 *octobre*. — La malade continue à s'améliorer; depuis l'opération, elle a engraissé de seize livres; son état général est excellent, mais elle a toujours un teint subictérique, des démangeaisons et le foie gros.

Je lui fais prendre du salicylate de lithine à la dose de 2 grammes par jour.

6 novembre. — Amélioration continue. La peau continue à se décolorer, les conjonctives sont blanches. Les selles ont presque une coloration normale. Les urines renferment encore un peu de pigment biliaire.

Le foie a diminué de volume.

L'état général est tout à fait bon.

M. Quénu. — Ce sont des faits comme ceux de M. Baillet qui m'ont amené à prôner la cholédochotomie sans sutures, j'ai présenté l'observation d'une malade venant du service de M. Chauffard chez laquelle je fus obligé, cinq à six jours après une cholédochotomie avec sutures, d'intervenir à nouveau, en raison des accidents d'intoxication biliaire persistants et même aggravés. Aussi, ce ne sont pas toujours d'autres calculs qui occasionnent ces accidents, mais parfois des bouchons muqueux.

Pour favoriser l'intervention secondaire, j'avais imaginé de laisser un des fils de la suture cholédocienne pendre dans la plaie afin de servir de fil d'Ariane et d'arriver plus facilement sur le cholédoque, mais depuis j'ai simplifié beaucoup les choses en supprimant la suture, et je n'ai vu depuis l'adoption de cette pratique survenir aucun accident secondaire.

M. Schwartz. — Je suis absolument de l'avis de mon collègue Quénu en faveur de la cholédochotomie sans sutures.

Il y a des cas spéciaux où la suture peut être faite et où elle donne de bons résultats, témoins les cas de notre collègue Michaux lui-même. Mais l'observation de M. Baillet nous montre que la suture n'était pas de mise dans son cas. Il aurait mieux valu laisser le cholédoque ouvert et drainer largement.

La suture du cholédoque peut, en effet, amener des accidents de rétention non seulement par calculs plus haut situés, mais encore par des bouchons muqueux, voire des caillots sanguins.

Pour mon compte, je considère la suture comme devant être l'exception, le drainage large sans sutures comme la règle générale.

Le second point sur lequel je veux insister, c'est la manœuvre de broiement employée dans la seconde intervention de M. Baillet.

Comme notre collègue Michaux, je désapprouve les manœuvres généralement aveugles et qui sont des armes à double tranchant. Je pense qu'à moins de circonstances exceptionnelles, elles doivent être laissées de côté, à moins de pouvoir agir avec précision et, dans ce cas, l'incision est ordinairement possible.

M. Hartmann. — Je me rallie absolument à l'opinion soutenue par nos collègues Quénu et Schwartz et crois la suture du cholédoque toujours inutile, quelquefois nuisible. Il est établi, par la clinique et l'expérimentation, que les plaies longitudinales se réparent spontanément. Les sutures, même bien faites et réussies, donnent quelquefois un écoulement bilieux secondaire. M. Michaux, chaud partisan de la suture, l'a observé. Placer des sutures c'est mettre un corps étranger dans la plaie et s'exposer à des accidents.

J'ajouterai qu'au point de vue de l'accès du cholédoque je vous ai, dans une discussion antérieure, mentionné une pratique, employée déjà par d'autres chirurgiens, par Mayo Robson en particulier, et qui m'a rendu les plus grands services. C'est celle qui consiste à placer sous la région dorso-lombaire un gros rouleau. La colonne vertébrale est cambrée ainsi d'une manière excessive, le cholédoque est amené en avant et est facilement accessible dans toute son étendue.

M. Tuffier. — J'ai employé la position de Mayo Robson et j'ai vu comme M. Hartmann que le cholédoque devient ainsi beaucoup plus facilement accessible. Il n'y a qu'une petite ombre au tableau, c'est que la tension exercée sur les lèvres de la plaie par cette hypertension lombo dorsale rétrécit le champ opératoire, si bien qu'il faut avoir de bons écarteurs pour maintenir la plaie béante, sans cette précaution on perd en largeur ce que l'on gagne en profondeur.

M. Hartmann. — L'objection de M. Tuffier vient certainement de ce qu'il fait une incision longitudinale. Elle tombe si l'incision est dans une certaine partie de son étendue, parallèle au rebord costal. Dans ce cas elle est ouverte par la position.

M. Quénu. — J'ai, il y a trois jours, pu apprécier l'utilité de l'inflexion du tronc dans les opérations biliaires. Cette inflexion je l'avais obtenue non avec un coussin mais avec une table articulée spéciale, à la confection de laquelle a participé je crois un de nos jeunes collègues M. Cunéo. Le petit inconvénient signalé par M. Tuffier peut-être supprimé par la direction donnée à l'incision. Les avantages donnés par la position du malade n'empêchent en aucune façon d'utiliser la manœuvre que nous avons signalée, c'est-à-dire l'introduction du doigt dans l'hiatus de Winslow et le soulèvement du cholédoque par l'index.

Volumineux angiome de la lèvre inférieure; extirpation et cheiloplastie, par M. H. Morestin.

Rapport par M. J.-L. FAURE.

Notre collègue Morestin dont vous connaissez la prédilection pour la chirurgie réparatrice, nous a communiqué une fort belle observation d'extirpation d'angiome de la lèvre inférieure avec cheiloplastie consécutive. Les photographies qu'il a jointes à son observation, et que vous avez pu voir vous ont montré l'importance de l'opération et le bon résultat qu'il a obtenu.

Après avoir enlevé le mal aussi largement que possible, il lui restait à combler une vaste perte de substance comprenant la totalité de la lèvre inférieure, enlevée jusqu'au niveau du bord inférieur du maxillaire.

Il était tout naturel de songer à combler ce vide par deux lambeaux pris de chaque côté, sur la partie inférieure de la joue, et rabattus horizontalement pour être suturés l'une à l'autre sur la ligne médiane.

C'est ce qu'à fait M. Morestin. Mais il a fait mieux, et il a, par une incision ingénieuse reconstitué du même coup avec la muqueuse de la partie externe de la lèvre supérieure, la commissure labiale et une petite partie du bord libre de la lèvre inférieure.

Pour y parvenir, il lui a suffi dans la taille de ses lambeaux latéraux à base inférieure, qui empiétaient jusque sur le tiers externe de la lèvre supérieure, de ménager de chaque côté la muqueuse de la partie externe de cette lèvre. Le petit lambeau de muqueuse ainsi conservé a été suturé, après rabattement des lambeaux latéraux, sur le bord supérieur de chacun de ces lambeaux, en formant ainsi, à chaque angle de la bouche nouvelle, une commissure muqueuse.

Bien que, dans ces réparations autoplastiques, la nature soit parfois capricieuse et que la cicatrisation ne suive pas toujours avec complaisance le plan tracé par le chirurgien, le résultat obtenu a été bon, — eu égard surtout à la difformité première.

Peut être faut-il en attribuer la plus grande partie à l'habileté avec laquelle M. Morestin exécute ces opérations réparatrices, qu'il étudie et qu'il perfectionne avec une persévérance dont il a donné maintes preuves, mais peut-être aussi la conservation de ces deux petits lambeaux muqueux, qui constitue, si je ne me trompe, une modification originale, y est-elle pour quelque chose.

En tout cas, dans des cas analogues ce petit artifice autoplas-

tique me paraît recommandable, et c'est pourquoi, tout en félicitant M. Morestin de l'avoir conçu, je vous propose de le remercier de l'envoi de cette intéressante observation, qui vient s'ajouter à beaucoup d'autres et augmenter ainsi ses titres déjà sérieux à faire un jour partie de notre société.

Opération. — L'ablation des angiomes est une pratique séduisante qui s'oppose à la lenteur extrême des autres méthodes et c'est bien là sans discussion la conduite la plus simple et la meilleure, *quand les lésions le permettent*, surtout si le sujet est parvenu à l'âge adulte, et tout particulièrement s'il s'agit d'un homme. Mais très souvent les gros angiomes de la face échappent à cette thérapeutique par leur étendue, leur diffusion, leurs connexions avec des organes qu'il importe à tout prix de ménager, leur siège dans les régions où l'action chirurgicale est difficile ou dangereuse. Entre ces cas mauvais pour la médecine opératoire et les petits angiomes superficiels, circonscrits et bien situés, tous les intermédiaires existent, si bien que dans bon nombre de circonstances on peut éprouver un réel embarras à prendre une détermination — variable d'ailleurs, avec les préférences personnelles du chirurgien. Les angiomes des lèvres et surtout de l'inférieure, se prêtent bien souvent à une intervention radicale, et examinant cette question dans mon article du « Traité de Chirurgie » de Le Dentu et Delbet je me suis déclaré partisan de leur suppression comme traitement habituel, entourant d'ailleurs cette opinion de toutes les réserves nécessaires.

Quand il s'agit d'angiomes très étendus de la lèvre inférieure, la difficulté est peut-être surtout de réparer la vaste perte de substance que laisse l'extirpation.

Permettez-moi de vous soumettre le cas d'un très volumineux angiome labial où j'ai cru devoir intervenir passant outre à certaines conditions défavorables, et qui est intéressant tant au point de vue de l'importance de l'angiome que du mode de réparation.

Le 1er juin 1903, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Richelot, que je remplaçais, un homme de vingt-quatre ans, H. T..., venu tout exprès d'une province reculée demander l'amélioration d'une abominable difformité faciale, datant de la naissance de la première enfance.

Du plus loin que remontent ses souvenirs il a toujours eu la lèvre inférieure d'un volume monstrueux et d'une couleur rouge ou violette, des plaques de même coloration ou d'apparence analogue couvraient en outre une grande partie du visage. La tumeur formée par la lèvre resta stationnaire pendant de longues périodes, puis subit de temps à autre des poussées, après lesquelles elle ne montre aucune tendance à la régression. Son volume augmente donc à chaque poussée nouvelle, et cette augmentation demeure acquise.

Notre malade est grand, très robuste, fort bien constitué par ailleurs et ne présentant aucune autre anomalie. Ses parents, ses frères et sœurs n'ont jamais rien eu de cette sorte.

L'affection occupe toute la lèvre inférieure et en dépasse les limites,

empiétant sur le menton et les parties adjacentes des joues. La lèvre est éversée, pendante, proéminente, très épaisse dans toute sa largeur, et de profil elle est comparable à un sabot de cheval renversé. Si on la regarde de face, elle donne l'aspect d'une vasque.

Sa face externe est presque horizontale. Elle est entourée d'un sillon nettement accusé au point où elle se continue avec les régions environnantes. Ce sillon ne représente nullement une ligne de démarcation des lésions, celles-ci vont au delà. Il s'agit d'une simple plicature due au volume et au poids de la tumeur. Toute cette face externe est d'un violet carminé très foncé. Elle est couverte de petites saillies variqueuses, d'ampoules vasculaires extrêmement superficielles. Cette coloration devient généralement moins intense en gagnant le menton et les joues, et finit par être simplement d'un rose carminé sur les joues, et elle se prolonge jusqu'au voisinage de l'oreille, étant d'ailleurs plus étendue et plus foncée du côté droit que du côté gauche.

Sur la face muqueuse, les teintes sont d'un rouge sombre, et l'on retrouve également des bosselures vasculaires en grand nombre. Au niveau du bord libre représenté par un bourrelet inférieur, on note une légère ulcération en croissant, ulcération superficielle, à bords irréguliers taillés en pente douce, à fond gris rosé, atone, couvert de bourgeons blafards et de liquide puriforme. En tous points, on note des plaques formées par des tissus en voie de mortification. Cette ulcération s'étend, diminue, se creuse, puis s'améliore, mais ne se cicatrise jamais. Elle s'agrandit principalement pendant l'hiver et s'accompagne de fissures antéro-postérieures plus ou moins profondes. On retrouve les traces de ces dernières sous forme de lignes grisâtres cicatricielles en divers points. L'ulcère précité saigne facilement. Chaque jour se produisent de petits suintements sanguins. A plusieurs reprises, il y a eu des hémorragies sérieuses. La muqueuse gingivale est envahie dans la partie répondant aux incisives et aux canines. Elle est épaissie, tomenteuse, d'un rouge très vif. Les dents sont déchaussées, entourées d'une collerette muqueuse épaisse, molle, inégale et saignante.

Au palper, toute cette masse est molle, diminue sous la pression, se laisse réduire, exprimer comme une éponge, puis reprend très rapidement son ampleur primitive. D'ailleurs, elle n'est pas d'une souplesse uniforme. Elle est plus consistante, plus pâteuse à mesure qu'on se rapproche du bord libre. Les lésions sont fort mal limitées, mais on peut se rendre compte qu'elles deviennent graduellement plus superficielles et aussi moins sérieuses.

Elles s'arrêtent assez exactement à la commissure des lèvres à droite comme à gauche; la lèvre supérieure est absolument intacte. En bas, l'éversion du menton est prise dans sa partie supérieure, mais plus bas elle a retrouvé le volume normal ne gardant qu'une coloration d'un rouge violet intense que l'on retrouve jusque dans la région sus-hyoïdienne. Au niveau des joues, la peau seule est prise, sauf en bas et en avant, au-dessus de la commissure labiale, entre elle et le cul-de-sac gingivo-labial.

En somme il existe un gros angiome (diagnostic immédiatement

évident) occupant la lèvre en totalité et s'étendant quelque peu au delà vers le menton et la partie adjacente des joues, et un état angiomateux de la peau, une vaste tache érectile prolongeant superficiellement la lésion précédente sur une grande partie du visage et du cou. Il n'existait aucun battement, aucun mouvement d'expansion, aucun thrill, aucun indice de transformation cirsoïde, et, même autour de la tumeur, on ne remarquait pas d'artère superficielle particulièrement développée. Çà et là seulement quelques veines apparentes.

Cet homme était extrêmement malheureux de sa difformité. Il était en effet incontestablement hideux et répugnant. Toute sa vie il avait été une sorte de paria, repoussé de partout, privé de toute joie et de toute affection ne pouvant même trouver à travailler, si ce n'est aux besognes les plus malpropres. Il était en outre de plus en plus incommodé par sa tumeur. L'alimentation offrait des difficultés réelles la bouche ne pouvant se fermer. La parole était aussi très défectueuse. Joignez à cela que le pauvre garçon, privé de toute instruction, et n'étant toléré dans aucun milieu est resté au point de vue intellectuel dans un état lamentable.

Je me déterminai à faire l'ablation de la tumeur érectile proprement dite, en négligeant les plaques angiomateuses purement cutanées, ces dernières très superficielles, formant de simples taches, laides à la vérité, mais innocentes et tolérables.

Le 13 juin je fis donc l'ablation totale de la lèvre, en empiétant un peu sur le menton et en comprenant l'exérèse la partie la plus malade des joues. Un ligne oblique partant de la commissure labiale, en partant d'avant en arrière et de haut en bas, pour s'arrêter sur le bord libre de la mâchoire inférieure à la hauteur de la première petite molaire indique la limite postérieure de l'exérèse. En bas une ligne horizontale suivant le bord du maxillaire et allant rejoindre à droite et à gauche la précédente ligne, en précise la limite inférieure.

J'avais eu soin de placer de longues pinces courbes sur les joues pour obtenir une ischémie préventive partielle. Les deux premières incisions latérales donnèrent de fait très peu de sang.

La section horizontale fut plus hémorragique et je dus appliquer promptement une dizaine de pinces de Kocher.

J'avais enlevé à peu près totalement tout l'angiome proprement dit. La muqueuse avait été coupée transversalement sur la gencive elle-même.

Les ligatures faites, je réparai la perte de substance en taillant deux lambeaux géno-labiaux comprenant la partie des joues immédiatement voisine de la brèche à combler et près d'un tiers de la lèvre supérieure, lambeaux rectangulaires à base inférieure, en ayant soin de garder attenante à la partie demeurante de la lèvre supérieure, le cordon rouge de la partie labiale de chaque lambeau. Puis les deux lambeaux étant placés horizontalement furent d'une part suturés l'un à l'autre, d'autre part suturés à la tranche de section inférieure. La plaie d'emprunt fut immédiatement comblée des deux côtés par la réunion de la tranche labiale à la tranche génienne, et le petit lambeau muqueux

conservé appendu à la lèvre supérieure à droite et à gauche servit à reconstituer la commissure correspondante. Quelques points étaient destinés à refaire un bord libre, en rapprochant la muqueuse de la peau.

Les lambeaux avaient été taillés en partie dans les régions comprenant des taches érectiles, mais il fallait bien se contenter des matériaux autoplastiques dont nous disposions.

Les suites furent très heureuses, très simples, complètement apyrétiques et la réunion fut obtenue partout sauf au niveau du bord libre de la lèvre nouvelle où quelques fils coupèrent. Les petites plaies restantes se cicatrisèrent d'ailleurs très rapidement.

Cependant ce résultat lent ne me donnait pas toute satisfaction. Comme il arrive souvent en pareil cas les lambeaux avaient subi quelques modifications, sans rapport d'ailleurs avec l'affection particulière du sujet. Ils s'étaient épaissis et avaient perdu de leur hauteur. Sur la ligne médiane s'était produit une encoche due à la rétraction cicatricielle. J'attendis jusqu'au 17 avril avant de commencer les retouches nécessaires, pour lesquelles suffit la cocaïne.

Je fendis sur la ligne médiane la lèvre jusqu'à la muqueuse, taillant sur l'une des moitiés un petit lambeau, comme l'on fait pour l'opération du bec-de-lièvre dans le procédé de Miravel, réséquant une certaine quantité de peau à droite et à gauche pour rétrécir et diminuer la lèvre. Le lambeau avait été pris sur la moitié droite, il était long de 15 millimètres, la peau fut supprimée au-dessous de lui depuis la ligne médiane jusqu'à une ligne oblique allant de sa base à l'extrémité basse de l'incision médiane. Une résection cutanée analogue fut de même pratiquée sur la moitié gauche, puis le bord libre fut avivé sur cette moitié gauche, dans une étendue proportionnelle à celle du petit lambeau prélevé à droite, cette surface cruentée étant préparée pour recevoir celui-ci. La réunion faite amena l'accolement parfait sur la ligne médiane des deux moitiés labiales, et le lambeau relevé et placé horizontalement supprima toute encoche.

La lèvre formait encore un peu bourrelet, ce qui tient en grande partie à l'éversion de la partie antérieure de la mâchoire, fait d'ailleurs commun dans les macrochilies. Je me proposais cependant de l'amincir, ce qui eût été facile en dédoublant le bord libre, en supprimant une tranche de tissus, en rapprochant ensuite côté muqueuse et côté cutané. Mais le malade s'ennuyait à l'hôpital, et content du nouveau facies que lui avait fait l'opération, voulut s'en tenir là et retourna prématurément dans son pays. Le résultat est, en effet, satisfaisant, et par comparaison avec l'état ancien, il n'est pas douteux que sa situation ne soit extraordinairement améliorée non seulement au point de vue de la forme du visage, mais des fonctions, en ce qui concerne la parole, la préhension des aliments et la mastication.

Il eût été intéressant de le suivre plus longtemps pour être bien sûr du résultat définitif en ce qui concerne la tumeur érectile. L'examen histologique de celle-ci n'offre rien de spécial ; il a été pratiqué par M. Fouquet qui constate un angiome caverneux, avec superficiellement des parties où se montrent des phénomènes inflammatoires.

Pendant les trois mois que nous avons eu le malade sous les yeux, il ne s'est montré aucune tendance au développement de nouvelles parties agiomateuses. Sans doute c'est un court délai, mais l'ablation ayant été à peu près totale, la tumeur ayant eu une marche extrêmement lente, le sujet étant relativement âgé en outre, il est permis d'espérer que le résultat sera durable. Et cela d'autant mieux, que les téguments occupés par des taches érectiles dans lesquels ont été taillés les lambeaux, offrent un changement manifeste dans leur coloration. Ces parties ne sont plus d'un rouge vif ou d'un rose carmin, mais d'un rose clair, laissant ça et là des pigmentations brunes. Rien d'étonnant d'ailleurs à ce que dans des tissus tourmentés, et dont la vascularisation a subi de tels changements dans ses voies d'accès, on observe quelques modifications de ce genre.

De toute manière eût-on à constater un jour où l'autre une nouvelle formation angiomateuse, il serait toujours facile de la surveiller, de l'arrêter dans son début par des procédés simples, tels que l'ignipuncture ou les injections sclérosantes de chlorure de zinc.

J'insisterai seulement sur les points suivants : sur la facilité avec laquelle cette tumeur a pu être extirpée, ce qui tient principalement à son siège favorable, rendant assez aisée l'hémostose préventive, ou intercurrente.

En plusieurs endroits, le bistouri a passé dans des parties nettement angiomateuses, et les lambeaux ont été taillés dans une peau couverte de taches érectiles, sans qu'il en résultât d'hémorragie assez abondante pour causer quelque inquiétude.

2° L'exérèse était ici une sorte de traitement de nécessité. Ce malade ne se fût prêté à aucun traitement de lenteur. J'ai songé un instant à employer la méthode sclérosante de M. Lannelongue qui m'a donné en 1899 un si beau succès, lequel dure encore à l'heure actuelle. J'y ai renoncé d'une part à cause du temps exigé par ce traitement ; des hémorragies répétées se produisant à la surface de l'ulcère, exigeaient une action rapide. D'autre part le siège de la maladie permettait d'extirper en une fois tout le gros des lésions. A supposer l'extirpation incomplète, la suppression partielle des angiomes est encore une méthode qui a fait ses preuves.

3° J'ai employé pour la cheiloplastie un procédé qui est à peu près celui de M. Larger, procédé dit à tort par emprunt à la lèvre opposée, car c'est surtout à la joue que se fait l'emprunt.

J'y ai ajouté une modification sur laquelle je me permets d'attirer votre attention, c'est la réfection de la commissure, à l'aide du lambeau prélevé sur la partie labiale du lambeau et laissé adhérent à la partie demeurant de la lèvre supérieure.

Présentations de malade.

Arthrodèse de l'articulation médio-tarsienne.

M. PIERRE DELBET. — J'ai l'honneur de vous présenter un jeune homme de seize ans et demi sur lequel j'ai pratiqué une opération qui n'avait point encore été faite, — à ma connaissance du moins — c'est l'arthrodèse médio-tarsienne.

Ce jeune homme avait une tarsalgie très douloureuse. A cette tarsalgie, on ne trouvait aucune cause. Ses pieds n'étaient pas plats, ainsi que le prouvent les empreintes. Il y avait bien un certain degré de valgus, mais si léger qu'il fallait le chercher attentivement pour le constater. Aussi n'ai-je point eu un seul instant l'idée de lui faire l'ostéotomie de Trendelenburg.

Il commença à souffrir vers le mois de janvier 1901. Rapidement, les douleurs deviennent telles qu'il fut obligé d'abandonner son métier de garçon laitier. Après deux mois de repos, il se plaça comme valet de chambre. Les douleurs reparurent. Mon ami Bresset, qui le soigna alors, lui fit porter les semelles classiques. L'effet en fut à peu près nul.

Le malade me fut envoyé dans mon service à Bicêtre le 1er juillet de cette année 1903. A cette époque, les deux pieds étaient complètement immobilisés par la contracture. Les douleurs avaient un siège un peu anormal. Elles siégeaient non pas, comme on l'observe le plus souvent, sur le bord interne du pied au niveau de l'interligne astragalo-scaphoïdien, mais sur la partie externe de la face dorsale, dans la dépression antépéronnière, au niveau de l'interligne calcanéo-cuboïdien.

Naturellement, je commençai par immobiliser le malade; puis, lorsque la contracture eut disparu, j'essayai, comme l'avait déjà fait mon ami Bresset, de lui faire porter des semelles. J'en fis varier la forme, je lui fis faire des souliers orthopédiques sans arriver à lui procurer le moindre soulagement. Il ne pouvait marcher que quelques instants.

Le malade était prêt à tout pour sortir de cet état de souffrance et d'impotence. N'ayant pu réussir à le soulager par les moyens orthopédiques, je me décidai à l'opérer,

Il me sembla que l'opération d'Ogston n'était pas indiquée, puisque le pied n'était pas plat et que le malade ne souffrait nullement dans la région astragalo-scaphoïdienne.

Convaincu que les réflexes qui entraînent des contractures persistantes ont un point de départ articulaire, j'entrepris de détruire

l'articulation qui, dans ce cas, était douloureuse, la calcanéo-cuboïdienne. Mon but n'était pas du tout de redresser par une ostéotomie plus ou moins cunéiforme un pied qui n'avait pas besoin de l'être, mais simplement de supprimer l'articulation en fusionnant les deux os qui y prennent part, c'est-à-dire de faire une arthrodèse.

Je fis cette opération le 11 septembre sur le pied droit, mais je la fis fort incomplète. Je me bornai à enlever à la rugine deux copeaux cartilagineux dans la partie dorsale et externe de l'articulation. Puis j'enchevillai avec un clou le calcanéum et le cuboïde, (J'ai noté que le cartilage du cuboïde présentait, sur une petite zone arrondie de 2 millimètres de diamètre environ, une teinte plus foncée que dans le reste de son étendue.

Le résultat de cette opération incomplète fut cependant appréciable. Lorsqu'au bout d'un mois, je permis au malade de marcher, il déclara d'abord qu'il ne souffrait plus du tout. Mais je lui recommandai de marcher autant que son autre pied lui permettrait de le faire. Au bout de quelques jours, de légères douleurs reparurent dans le pied opéré. Il n'était pas guéri, mais il était soulagé et assez notablement pour demander qu'on fît la même opération sur le pied gauche.

Je résolus de la faire plus complète et de supprimer complètement l'articulation médio-tarsienne.

Je commençai par faire une désarticulation de Chopart, mais sans couper un seul tendon.

Permettez-moi de vous dire en passant que depuis sept ou huit ans j'ai fait des désarticulations temporaires de toutes les grandes articulations du pied, sous-artragalienne, médio-tarsienne, et tarso-métatarsienne. J'avais remarqué que lorsqu'une ostéo-arthrite tuberculeuse a déterminé un abcès faisant saillie à la face dorsale, il y a presque toujours des lésions correspondantes à la face plantaire entre les os et les ligaments. Il m'a semblé que c'était là la cause des médiocres résultats que donnent souvent les grattages dans ces cas. C'est alors que je me suis décidé à faire ces désarticulations temporaires qui donnent un grand jour du côté de la plante et permettent de faire un nettoyage minutieux. Les choses remises en place, le pied se reconstitue sans aucune altération de forme.

Je reviens au malade ici présent. Après avoir ouvert l'articulation de Chopard, j'enlevai soigneusement les cartilages articulaires sur les quatre os, puis ayant remis les choses en place, j'enchevillai, avec de longs clous, l'astragale et le scaphoïde, le calcanœum et le cuboïde. Comme les os étaient assez friables, j'ai

craint que malgré les chevilles il se produisit encore quelques mouvements, et j'appliquai un appareil plâtré.

Cette opération fut exécutée le 14 novembre. Les suites en furent tout à fait bénignes. J'enlevai le plâtre et les chevilles au bout d'un mois, et huit jours après je permis au malade de marcher.

Actuellement, malgré des marches prolongées, il ne souffre plus du tout de son pied gauche. Et il est assez satisfait de ce résultat pour demander que je complète l'opération que j'ai faite sur le pied droit. Le résultat est donc excellent.

Luxation cunéo-scaphoïdienne et cuboïdo-calcanéenne.

(*Avec radiographies.*)

M. Demoulin. — Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société de Chirurgie est un homme de trente-quatre ans, coltineur, qui a eu le pied droit pris entre le sol et une roue de voiture pesamment chargée (2.000 kilogrammes). Le blessé dit très nettement que le bord interne de son pied, dans sa moitié antérieure, reposait sur le sol, tandis que la roue de la voiture a passé sur le tarse postérieur, au niveau de son bord externe. D'où est résulté une opposition de forces contraires entre l'avant-pied et l'arrière-pied. Enorme gonflement consécutif. Diagnostic difficile, erroné d'ailleurs, puisqu'on conclut à une contusion des articulations cunéo-scaphoïdiennes et tarso-métatarsiennes, sans fracture des os du tarse ou du métatarse. Pansement ouaté compressif. Quinze jours après son admission à l'hôpital, le blessé pouvait marcher assez facilement, tout en boitant un peu, et était envoyé à Vincennes, où il restait environ un mois.

Il revint à Boucicaut, se plaignant d'une fatigue rapide dans la marche.

Je l'examinai, fus frappé de la déformation du pied droit, et le fis radiographier.

Il s'agit d'une variété de luxation des os du tarse, dont je n'ai pas trouvé d'exemple dans la littérature médicale.

Il y a luxation directe en dehors des trois cunéiformes sur le scaphoïde, luxation directe en dehors du cuboïde sur le calcanéum. Les os déplacés ne font aucune saillie sur la face dorsale ou sur la face plantaire du pied. Un petit fragment du premier cunéiforme de la grosseur d'un pois est resté adhérent au scaphoïde; de même on voit et on sent, sur le bord externe du pied, un autre

fragment du même volume qui semble provenir d'un arrachement calcanéen.

La déformation du pied est la suivante : Il y a sur le bord interne du pied une dépression nette en avant du tubercule du scaphoïde, dépression où pénètre le pulpe du pouce, et sur son bord externe, une autre dépression en avant de la grande apophyse du calcanéum, à un bon travers de pouce, environ, en arrière de l'apophyse du cinquième métatarsien.

L'axe de la région métatarsienne du pied, forme avec celui du tarse postérieur une ligne brisée à angle ouvert en dedans à sommet externe répondant au bord externe du cuboïde.

La déformation du pied, dont la voûte me paraît un peu aplatie, est peut-être plus apparente, encore, en regardant la face plantaire qu'en examinant la face dorsale.

Le blessé marche bien à l'heure actuelle, quoiqu'avec un léger degré de valgus. Il n'en est pas moins vrai qu'il éprouve une fatigue rapide. Une opération qui aurait pour but de ramener le tarse antérieur dans l'axe du tarse postérieur est-elle indiquée ? Je ne le crois pas, en présence du peu d'intensité des troubles fonctionnels; mais c'est pour avoir l'opinion de mes collègues, leur conseil, en même temps que pour leur soumettre un fait exceptionnel de luxation des os du tarse, que j'ai tenu à présenter le blessé que voici et qui m'a vivement intéressé.

M. Delbet. — Il me semble que ce malade est justiciable d'une opération analogue à celle dont je parlais tout à l'heure. On pourrait ouvrir les articulations laisées sans couper les tendons et chercher à les réduire avec ou sans résection.

M. Kirmisson. — Le malade de M. Demoulin ne marchera jamais bien et je crois qu'une opération s'impose.

Fractures du fémur.

M. Pierre Delbet. — Croyant que la discussion sur les fractures du fémur serait close aujourd'hui, j'avais fait venir les trois fracturés de cuisse traités par des appareils de marche que j'ai pu retrouver pour vous faire juger du résultat fonctionnel, et vous en parler au cours de ma réponse.

Comme il me serait sans doute difficile de les faire revenir, je vous demande de les examiner aujourd'hui.

Voici d'abord le grand jeune homme auquel M. Hennequin

attribue généreusement 5 centimètres de raccourcissement. En réalité, le raccourcissement est de 3 1/2 à 4 centimètres. C'est beaucoup trop. Une radiographie faite au travers du plâtre et, par conséquent, un peu obscure, m'avait fait croire que la réduction était bonne. Si j'avais su qu'il persistait un chevauchement notable, j'aurais fait une seconde tentative de réduction. Ce malade, je vous l'ai présenté le lendemain du jour où je lui avais enlevé son appareil plâtré, et il marchait sans canne ni béquille. M. Hennequin a remarqué qu'il avait une claudication légère. Ceci n'a rien d'étonnant. Je voudrais bien qu'on me montra un fracturé de cuisse qui marche sans aucune boiterie vingt-quatre heures après être sorti de son appareil. Chez celui-là, la claudication n'était que légère et il marchait sans canne. Il me semble que c'est déjà très beau.

Aujourd'hui vous pouvez voir que toute claudication a disparu. Le jeune homme marche parfaitement et indéfiniment sans aucune fatigue ; bien que le résultat anatomique ne soit pas bon, le résultat physiologique est parfait.

Voici maintenant deux des enfants qui ont été soignés par M. Dupuy et dont je vous ai présenté déjà les radiographies.

On a dit ici qu'il fallait dans cette question laisser les enfants de côté. J'imagine que ce qui a conduit à parler ainsi, c'est la pensée qu'il pouvait s'agir chez eux de fractures sous-périostées, car, lorsque le périoste est détruit, les difficultés de réduction et de contention sont à peu près les mêmes que chez les adultes. Or les radiographies que je vous ai montrées permettent d'affirmer que les fractures n'étaient pas sous-périostées.

Voici d'abord Octave H, qui avait un fracture très oblique. La réduction sans être absolument parfaite est très satisfaisante. Le chevauchement est à peine d'un demi-centimètre. L'appareil de marche a été parfaitement contentif, bien que l'enfant ait marché et couru sans béquille et sans canne. Le résultat définitif est excellent.

Le dernier malade que je vous présente est B... Il avait une fracture en rave. Je vous ai fait constater sur les radiographies que le chevauchement primitif était de quatre centimètres et que les fragments étaient disposés de telle sorte qu'ils n'avaient aucun contact l'un avec l'autre. Chez celui-là la réduction a été remarquable. Les deux fragments ont été ramenés bout à bout à peu près aussi bien qu'aurait pu le faire une suture osseuse. Il n'a persisté qu'un très léger déplacement augulaire. Là aussi l'appareil plâtré s'est montré parfaitement contentif malgré la marche, et le résultat définitif est parfait.

Névralgie intercostale consécutive à une plaie par balle. Résection cicatricielle. Guérison.

M. Tuffier. — Je vous présente un homme de trente-cinq ans, boulanger, qui le 24 novembre 1902, reçut d'un aliéné un coup de revolver à une distance de 3 mètres. En voulant parer le coup il leva le bras droit et la balle pénétra au niveau de l'insertion humérale du deltoïde; hémoptysie légère les jours suivants, puis tout rentre dans l'ordre. Au bout de quelques semaines, surviennent des douleurs intercostales extrêmement vives s'irradiant dans le bras droit, dans le cou, dans le thorax, sous formes d'accès douloureux, semblables à celles d'une névrite.

Après avoir été dans un certain nombre d'hôpitaux, le malade entre dans mon service.

La radiométrie faite par M. Contremoulin montre la balle en avant de la quatrième vertèbre dorsale. Par une incision postéro-latérale je résèque la septième côte, et tout l'intérêt de ce fait résulte de ce que j'ai trouvé, au-dessous de la côte dans toute l'étendue de l'espace intercostal sous-jacent, à partir du trou de conjugaison, *une masse fibreuse épaisse comme l'index*, dure comme du bois, au milieu de laquelle nerfs et vaisseaux étaient perdus dans l'étendue de 7 à 8 centimètres.

Au-dessous je trouvai la balle qui était libre dans le tissu cellulaire entre la plèvre droite et un gros vaisseau bleu se remplissant et se vidant à chaque mouvement respiratoire et que je crois être la veine cave. Ce n'est donc pas cette balle libre qui provoquait les accidents, mais la masse fibreuse développée le long de son trajet, le long de l'espace intercostal. Je réséquai toute cette masse fibreuse.

Suites opératoires normales, guérison. Je vous présente le malade aujourd'hui débarrassé de ses douleurs depuis deux mois.

Le Secrétaire annuel,
Tuffier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

POUR L'ANNÉE 1903

A

B

C

D

E

Pages.

G

H

Pages.

I

Pages.

J

K

L

M

N

O

R

Pages.

T

V

TABLE DES AUTEURS

POUR 1903

N

O

P

Q

R

S

T

V

W



Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.